

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA -
MESTRADO

SULLIANE TEIXEIRA FREITAS

Efeitos de procedimentos focados na relação terapêutica sobre
comportamentos geralmente descritos nos quadros de
depressão

Curitiba
Abril de 2011

SULLIANE TEIXEIRA FREITAS

**Efeitos de procedimentos focados na relação terapêutica sobre
comportamentos geralmente descritos nos quadro de
depressão**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado da Universidade Federal do Paraná, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Profa. Dra. Jocelaine Martins da Silveira

Linha de pesquisa: Psicologia Clínica

Trabalho financiado pelo Programa de Fomento à Pós-Graduação – CAPES/PROF

Curitiba

Abril de 2011

Catálogo na publicação
Sirlei do Rocio Gdulla – CRB 9ª/985
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Freitas, Sulliane Teixeira

Efeitos de procedimentos focados na relação terapêutica sobre comportamentos geralmente descritos no quadro de depressão / Sulliane Teixeira Freitas. – Curitiba, 2011.

117 f.

Orientadora: Profª. Drª. Jocelaine Martins da Silveira
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.

1. Depressão mental – Psicoterapia. 2. Depressão mental – Comportamento social. 3. Depressão mental – Terapêutica.
I. Título.

CDD 616.89142



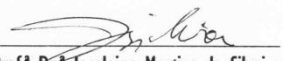
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes
Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia
MESTRADO EM PSICOLOGIA




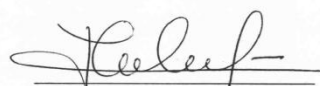
SULLIANE TEIXEIRA FREITAS

**“EFEITOS DE PROCEDIMENTOS FOCADOS NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA SOBRE COMPORTAMENTOS
GERALMENTE DESCRITOS NOS QUADROS DE DEPRESSÃO”**

Dissertação apresentada como requisito obrigatório para a obtenção do
Título de **MESTRE EM PSICOLOGIA**, pelo Programa de Pós-Graduação de Mestrado
em Psicologia, do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da UFPR — Universidade
Federal do Paraná, e aprovada (aprovada/reprovada) pela Banca Avaliadora
abaixo assinada.


Prof.ª Dr.ª Jocelaine Martins da Silveira
Universidade Federal do Paraná
Professora Orientadora


Prof.ª Dr.ª Giovana Veloso Munhoz da Rocha
Universidade Tuiuti do Paraná e Faculdade Evangélica do Paraná
Professora Titular


Prof.º Dr.º Luc Vandenberghe
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Professor Titular

Curitiba, 29 de abril de 2011.

*Aos meus clientes, em especial para aqueles que atravessaram
a angústia da depressão.*

Agradecimentos

À minha orientadora **Jocelaine Martins da Silveira**, pelo apoio, oportunidades, e por me incentivar a ir além das minhas pretensões enquanto pesquisadora.

Ao meu **pai Edilson**, que sempre me dá apoio e me incentiva na realização meus sonhos.

À minha **mãe Noeli**, por ser meu suporte maior em todos os momentos e para todas as coisas.

À minha **irmã Amanda**, por me incentivar e por dividir coisas importantes comigo.

Aos meus amigos **Marlon e Suzana**, por todas as horas, pelas palavras, pela ajuda e, em especial, pela amizade e bloqueio de esquiva. Sem vocês, tudo se torna mais difícil, e menos divertido.

Ao **Marcos Vinícius**, por compartilhar sentimentos e pelo apoio mútuo.

À **Ana Carina**, por se fazer presente apesar da distância, e por ser um modelo de pesquisadora.

Aos amigos **Renee, Raphael, Caroline, Katlyn e Cátia**, que estiveram comigo em momentos únicos e cujas palavras foram essenciais.

À **Maria Cecília**, por sua amizade, companheirismo e, principalmente, por aceitar desempenhar com tanta dedicação um dos papéis mais importantes desta caminhada.

Ao **Bruno**, por sua disponibilidade e pela ajuda imprescindível, com a qual pude contar no momento em que mais precisei de direcionamento.

À **Ana Paola**, por ter me ajudado a seguir em frente, lembrando sempre que a vida é um processo e que existem tons de cinza.

À **Patrícia**, pelo trabalho e esforço dividido.

Aos categorizadores **Antoniela, Caroline** e, em especial, **Heloísa e Marcelo**, por todo seu empenho, seriedade, e horas dedicadas a este estudo.

Às **clientes participantes**, que colaboraram com este estudo, dividindo informações tão particulares.

Aos funcionários da UFPR, **Mariangela, Lorena, Clementina e Salvador**, pelo auxílio prestado.

Aos membros da banca **Luc Vandenberghe e Giovana Veloso Munhoz da Rocha**, pela orientação, indicação de literatura, e privilégio de aceitarem avaliar este trabalho.

À **CAPES**, pelo apoio financeiro para a realização deste trabalho.

*"The Show must go on
The Show must go on
Inside my heart is breaking
My make-up may be flaking...
But my smile, still, stays on*

*My soul is painted like the wings of butterflies
Fairy tales of yesterday, will grow but never die
I can fly, my friends*

*The Show must go on
The Show must go on
I'll face it with a grin
I'm never giving in
On with the show*

*I'll top the bill
I'll overkill
I have to find the will to carry on
On with the
On with the show*

The Show must go on"

Queen

Resumo

Freitas, S. T. (2011) *Efeitos de procedimentos focados na relação terapêutica sobre comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

A literatura analítico-comportamental indica que a alta frequência de comportamentos de fuga/esquiva de estimulação aversiva, emitidos por clientes com depressão, somada à escassez de reforçamento positivo, têm por consequência um repertório social restrito. As relações interpessoais estabelecidas com esses clientes podem tornar-se aversivas, gerando contexto para afastamento das pessoas com quem eles interagem. As psicoterapias analítico-comportamentais contemporâneas propõem que intervenções com foco na relação terapêutica podem gerar o restabelecimento de relações de intimidade, confiança, entre outras, favorecendo modificação dos repertórios sociais restritos e, possivelmente, a melhora da depressão. O presente estudo teve por objetivo a análise da relação terapêutica estabelecida entre terapeuta e clientes que apresentam comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão. Buscou-se avaliar os efeitos de intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs, em dois casos clínicos de clientes com depressão. Para tal investigação, optou-se por um delineamento experimental de sujeito único A-B, de linha de base múltipla inter-sujeitos. Na Fase A, a terapeuta não deveria responder aos comportamentos clinicamente relevantes das clientes, e deveria manter o foco apenas nos relatos de comportamentos-problema e de melhora que ocorressem fora do contexto da sessão terapêutica. Na Fase B, a terapeuta deveria priorizar intervenções com foco no aqui/agora da sessão, privilegiando resposta aos CRBs. Foram filmadas 29 sessões de psicoterapia com duas clientes que apresentaram, inicialmente, níveis de depressão moderada e grave, segundo o Inventário de Depressão de Beck (BDI). As sessões foram categorizadas semanalmente com a utilização da FAPRS (Funcional Analytic Psychotherapy Rating Scale), e os comportamentos críticos do quadro de depressão foram avaliados segundo a observação da terapeuta. O conjunto das medidas obtidas pelo estudo indicou que, após a introdução de intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs, a frequência relativa de CRB1 diminuiu, assim como a de CRB2 aumentou. Ambas as clientes apresentaram melhora dos comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão após a introdução da intervenção. Foi possível verificar que a relação terapêutica esteve sensível à variáveis intervenientes à pesquisa, e que manter o foco no aqui/agora foi dificultoso com esse tipo de cliente.

Palavras-chave: Depressão, análise clínica do comportamento, relação terapêutica.

Abstract

Freitas, S. T. (2011) *Effects of procedures focused on therapeutic relationship on behaviors usually described within depression cases*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

The behavior-analytic literature indicates that high frequency of avoidance and escape behaviors from aversive stimulation, emitted by clients with depression, added to a lack of positive reinforcement, has as a consequence a restricted social repertoire. Interpersonal relationships established with these clients can become aversive, generating a context that distances people with whom they interact. The contemporary behavior-analytic psychotherapies propose that interventions focused on the therapeutic relationship can generate the reestablishment of intimate and trusting relationships, promoting among others change of the restricted social repertoires and possibly the improvement of depression. This study aimed to analyze the therapeutic relationship established between therapist and clients who present behaviors usually described in cases of depression. It was sought to evaluate the effects of interventions focusing on the here/now, privileging responses to the CRBs, in two clinical cases of clients with depression. For such investigation, a within-subject multiple baseline design A-B was chosen. In Phase A, the therapist should not respond to the client's clinical relevant behaviors, and should focus only on the report of problem-behaviors and of improvement which occurred out of the therapeutic session context. In Phase B, the therapist should prioritize interventions focusing on the session's here/now situations, privileging response to the CRBs. Twenty nine psychotherapy sessions have been video taped with two clients who presented moderate and severe depression cases, according to the Beck's Depression Inventory (BDI). The sessions have been categorized weekly using the FAPRS (Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale), and the critical behaviors of the depression cases were assessed through the therapist's observation. The results indicate that after the introduction of interventions with the focus on here/now, privileging the responses to the CRBs, the relative frequency to the CRB1 has reduced, as well as the CRB2 increased. After the intervention, both clients presented improvement of behaviors usually described in cases of depression. It was possible to verify that the therapeutic relationship was sensitive to variables intervening in the research, and that keeping the focus on the here/now was difficult with this type of clients.

Key-words: Depression, behavior clinical analysis, therapeutic relationship.

Lista de Figuras

Figura 1	Frequência relativa da categoria O1, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.....	68
Figura 2	Média da frequência relativa da categoria O1, nas fases A e B do delineamento experimental, de ambas as clientes.....	69
Figura 3	Frequência relativa da categoria RO1, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.	70
Figura 4	Média da frequência relativa da categoria RO1, nas fases A e B do delineamento experimental, nas interações com ambas as clientes.	71
Figura 5	Frequência relativa da categoria O2, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.	72
Figura 6	Média da frequência relativa da categoria O2, nas fases A e B do delineamento experimental, de ambas as clientes.....	73
Figura 7	Frequência relativa da categoria RO2, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.	74
Figura 8	Média da frequência relativa da categoria RO2, nas fases A e B do delineamento experimental, nas interações com ambas as clientes.	75
Figura 9	Frequência relativa da categoria CRB1, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.....	76
Figura 10	Média da frequência relativa da categoria CRB1, nas fases A e B do delineamento experimental, de ambas as clientes.....	77
Figura 11	Frequência relativa da categoria TCRB1, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.....	78
Figura 12	Média da frequência relativa da categoria TCRB1, nas fases A e B do delineamento experimental, nas interações com ambas as clientes.....	79
Figura 13	Frequência relativa da categoria CRB2, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.....	80
Figura 14	Média da frequência relativa da categoria CRB2, nas fases A e B do delineamento experimental, de ambas as clientes.....	81
Figura 15	Frequência relativa da categoria TCRB2, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.....	82
Figura 16	Média da frequência relativa da categoria TCRB2, nas fases A e B do delineamento experimental, nas interações com ambas as clientes.....	83
Figura 17	Média da frequência das categorias CRB1, TCRB1, CRB2 e TCRB2, nas intervenções com as clientes Rita e Inês, no intervalo compreendido entre as sessões oito e onze.....	84

Figura 18	Média dos comportamentos da cliente Rita que mantêm e dos que concorrem com a depressão, nas fases A e B do delineamento experimental.....	86
Figura 19	Média dos comportamentos da cliente Inês que mantêm e dos que concorrem com a depressão, nas fases A e B do delineamento experimental.....	87
Figura 20	Média relativa dos comportamentos que mantêm a depressão, de ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento experimental.....	88
Figura 21	Média relativa dos comportamentos que concorrem com a depressão, de ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento experimental.....	89

Lista de Tabelas

Tabela1	Caracterização dos participantes.....	32
Tabela2	Descrição das categorias de cliente de acordo com o Manual da FAPRS	36
Tabela3	Descrição das categorias de terapeuta de acordo com o Manual da FAPRS.....	39
Tabela 4	Índice <i>kappa</i> de concordância entre categorizadores e gabarito da sessão de treinamento.....	50
Tabela 5	Total de sessões e de faltas de cada cliente nas fases do delineamento.....	56
Tabela 6	Comportamentos da cliente Rita especificados pela terapeuta como O1.....	60
Tabela 7	Comportamentos da cliente Rita especificados pela terapeuta como CRB1.....	61
Tabela 8	Comportamentos da cliente Rita especificados pela terapeuta como O2.....	62
Tabela 9	Comportamentos da cliente Rita especificados pela terapeuta como CRB2.....	63
Tabela 10	Comportamentos da terapeuta na interação com a cliente Rita especificados por T1.....	63
Tabela 11	Comportamentos da terapeuta na interação com a cliente Rita especificados por T2.....	63
Tabela 12	Comportamentos da cliente Inês especificados pela terapeuta como O1.....	64
Tabela 13	Comportamentos da cliente Inês especificados pela terapeuta como CRB1.....	65
Tabela 14	Comportamentos da cliente Inês especificados pela terapeuta como O2.....	65
Tabela 15	Comportamentos da cliente Inês especificados pela terapeuta como CRB2.....	66
Tabela 16	Comportamentos da terapeuta na interação com a cliente Inês especificados por T1.....	66
Tabela 17	Comportamentos da terapeuta na interação com a cliente Inês especificados por T2.....	67
Tabela 18	Níveis e escores iniciais e finais do BDI da cliente Rita.....	90
Tabela 19	Níveis e escores iniciais e finais do BDI da cliente Inês.....	90

Lista de Anexos

Anexo A	Protocolo de registro das sessões de atendimento	113
Anexo B	Protocolo de registro de supervisão.....	114
Anexo C	Ficha de conceituação do caso (Kanter et al., 2009)	115
Anexo D	Termo de consentimento livre e esclarecido.....	116
Anexo E	Termo de compromisso e responsabilidade.....	117

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	14
	1.1 A depressão e o prejuízo nas relações sociais.....	15
	1.2 A relação terapêutica.....	19
	1.3 A relação terapêutica como principal mecanismo de intervenção sobre comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão.....	25
	1.4 Que relações terapêuticas podem se estabelecer a partir da interação com clientes com depressão?.....	29
2.	MÉTODO.....	32
	2.1 Participantes.....	32
	2.1.1 Clientes.....	32
	2.1.2 Terapeuta.....	33
	2.2 Local.....	33
	2.3 Materiais e equipamentos.....	33
	2.4 Instrumentos.....	34
	2.5 Procedimento.....	48
	2.5.1 Calibragem do instrumento.....	48
	2.5.2 Treinamento dos categorizadores.....	49
	2.5.3 Seleção dos participantes.....	50
	2.5.4 Aspectos Éticos.....	51
	2.5.5 Delineamento.....	51
	2.5.6 Coleta e Análise dos dados.....	56
3.	RESULTADOS.....	59
	3.1 Conceituações de caso.....	59
	3.1.1 Conceituação de caso clínico da cliente Rita.....	60
	3.1.2 Conceituação de caso clínico da cliente Inês.....	64
	3.2 Categorização das falas em cada sessão conforme a FAPRS.....	67
	3.3 Respostas ao SACC.....	86
	3.4 Escores totais do BDI.....	90
4.	DISCUSSÃO.....	91
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
	REFERÊNCIAS.....	108
	ANEXOS.....	112

1. Introdução

A depressão é um transtorno que altera significativamente a vida da pessoa deprimida, bem como daqueles que convivem com ela. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1993), casos de depressão grave correspondem a 12% dos afastamentos educacionais e de trabalho em todo o mundo, colocando a depressão como principal causa de incapacitação e tornando-a responsável por prejuízos econômicos e sociais. Ainda segundo esta instituição, 121 milhões de pessoas no mundo são afetadas hoje pela depressão, tornando-a uma doença comum. Indivíduos de todas as idades, sexos, e condições sociais fazem parte deste grupo, e menos de 25% destas pessoas têm acesso a tratamentos efetivos. Dados como esses parecem justificar o estudo de tal fenômeno por diversas áreas do conhecimento (Organização Mundial da Saúde, [OMS] 1993; 2010).

Os indivíduos que apresentam os comportamentos que geralmente são descritos nos quadros de depressão encontram-se incapacitados de estabelecer relações sociais positivamente reforçadoras com as pessoas com quem se relacionam. Os prejuízos nos ambientes familiar, de trabalho e escolar, estão entre os relatos de dificuldades destes clientes.

Estabelecer uma relação de cuidado com um cliente com depressão pode ser uma tarefa complexa, na medida em que os repertórios a serem desenvolvidos estão relacionados com déficits em repertórios sociais, como falta de habilidade para manter conversas, iniciar atividades, e outros comportamentos sob controle de estimulação aversiva, e de contato reduzido com o ambiente atual.

Por outro lado, o ambiente terapêutico, bem como a pessoa do terapeuta, podem constituir-se em contingências reforçadoras de comportamentos que propiciam início e/ou manutenção de contatos sociais, diferentemente de outros ambientes em que o cliente se comporta, promovendo o desenvolvimento de novos repertórios por meio da nova relação que se estabelece. Se, somado a isso, o terapeuta investir em uma intervenção com foco no aqui/agora¹ e na intimidade, o desenvolvimento das habilidades de interação comprometidas pode ocorrer de forma genuína e positivamente reforçadora.

¹ O termo “aqui/agora” refere-se ao momento, no decorrer da sessão, em que os comportamentos-problema ou as melhoras do cliente estão ocorrendo na relação com o terapeuta, possibilitando assim, reconhecê-los, analisá-los funcionalmente, e responder a eles naturalmente. As intervenções do terapeuta terão seus efeitos mais fortes se forem aplicadas no momento em que o comportamento do cliente está ocorrendo durante a sessão (Brandão, 1999; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette & Callaghan, 2009)

1.1 A depressão e o prejuízo nas relações sociais

A depressão ou episódio depressivo maior caracteriza-se pela presença de humor deprimido ou perda do interesse e prazer pela maior parte das atividades. Seus principais sintomas são caracterizados por alterações no apetite ou peso, no sono, e na atividade psicomotora. Caracteriza-se, adicionalmente, por sentimentos de culpa e desvalia, falta de concentração, pensamentos recorrentes sobre morte, ideação suicida, planos e/ou tentativas de suicídio (Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais [DSM-IV], 2002).

O termo “depressão” não é considerado um termo técnico para o analista do comportamento. Diferentemente, descreve um conjunto de subprodutos de contingências caracterizadas pela predominância de controle aversivo e pela baixa taxa de reforçamento positivo. A explicação dos comportamentos geralmente descritos pelo quadro depressão requer uma análise funcional individual dos comportamentos e contextos nos quais ocorrem.

A depressão por um ponto de vista analítico-comportamental não pode ser considerada um fenômeno único. O modelo médico indica uma constelação de sintomas representativos de uma síndrome. Porém, a complexidade da depressão se apresenta a partir do momento em que são observados diferentes comportamentos para cada pessoa.

Assim, uma visão analítico-comportamental está atenta para a heterogeneidade dos comportamentos. Transtornos depressivos dividem características semelhantes, que sugerem que a palavra “depressão” descreve uma variedade de eventos antecedentes públicos e privados, que variam caso a caso, mas que possuem propriedades semelhantes que se sobrepõem de forma suficiente para o uso consistente do termo (Ferro, 2001; Kanter, Busch, Weeks & Landes, 2008).

Skinner escreveu pouco sobre a depressão, mas enfatizou a importância das contingências – e não a das experiências emocionais, de acordo com o modelo operante de comportamento. Como afirma em 1974/2004,

A frequência, a severidade e o esquema de punição geram outros aspectos do comportamento geralmente atribuídos a sentimentos ou traços de caráter. Em muitos exemplos familiares, o comportamento tem tanto consequências reforçadoras como punitivas. Se o comportamento ainda ocorre, mas de forma enfraquecida, pode-se dizer que ele revela inibição, timidez, embaraço, medo ou cautela. Diz-se que a punição excessiva produz uma deficiência mais crítica de reforço positivo, e torna a pessoa “mais vulnerável a uma depressão

severa e à desistência”. Tratamos aquilo que é sentido não mudando os sentimentos, mas mudando as contingências – por exemplo, evocando o comportamento sem puni-lo, de forma que os estímulos adversativos condicionados possam extinguir-se (p.57)

Para Skinner, portanto, deve-se prestar atenção às conseqüências reforçadoras ou punitivas do comportamento, de modo a compreender as contingências que mantêm tal repertório. O foco de uma análise ou tratamento deve ser a mudança de comportamento, e não os estados afetivos gerados pela contingência.

Ferster (1973) indicou algumas características sobre os comportamentos relacionados ao padrão descrito nos quadros de depressão que auxiliam na compreensão dos déficits em relações interpessoais. Segundo o autor, a pessoa com depressão apresenta redução de certos tipos de atividade, associada com a alta freqüência de comportamentos de fuga e esquiva frente à estimulação aversiva. Comportamentos verbais antes presentes no repertório, como eloqüência e relatos de histórias, diminuem de freqüência, e podem ceder lugar a queixas ou reclamações, irritabilidade e choro.

Biglan (1991) aponta que dentre os comportamentos indicativos de sofrimento (*distress behavior*) podem ser considerados os comportamentos verbais para se auto-denegrir, reclamações e comportamento não verbal indicativo de tristeza. Esses comportamentos são característicos do repertório social de pessoas com depressão.

Segundo Steger e Kashdan (2009), a literatura indica que pessoas com depressão apresentam maior dificuldade em relações sociais, têm interações de pior qualidade, e se direcionam a estimulações negativas (sociais e emocionais). Por meio de pesquisas de auto-relatos diários, com amostragem não clínica, os autores encontraram resultados em um primeiro estudo indicando que, pessoas com alta freqüência de comportamentos geralmente descritos como sintomas depressivos relataram pouco envolvimento em interações sociais positivas, e grande envolvimento nas negativas. Um segundo estudo revelou que pessoas com depressão relataram pouca sensação de pertencimento, ou ajustamento nas relações sociais.

A baixa freqüência de certos comportamentos evidenciada no repertório destes indivíduos tem por conseqüência a redução de reforçamento positivo. O repertório social inadequado é indicado por Dougher e Hackbert (2003) como uma causa óbvia para um nível baixo de reforço social, o que gera ocasião para o surgimento e manutenção da depressão. Ambientes sociais com função aversiva são contexto para o repertório excessivo de

comportamentos de fuga/esquiva de estimulação aversiva, que tem como resultado a redução de contato com ambientes positivamente reforçadores (Kanter, et al., 2008).

O repertório social de pessoas com depressão leva aqueles que estão a sua volta a tornarem-se solícitos e/ou a absterem-se de se comportar de forma aversiva (Biglan, 1991). Queixas, lamentações, choros e outros comportamentos observados em quadros de depressão podem ser reforçados por meio de apoio social, como expressões de simpatia e acolhimento. Ainda que alguns ambientes sejam fonte de reforço social deste tipo, a ausência de repertório interativo mais assertivo pode tornar a interação potencialmente aversiva. O repertório social mantido por controle aversivo, desprovido de habilidades sociais, torna as relações sociais desinteressantes para os indivíduos que interagem com o depressivo, que pode passar a ser evitado socialmente. Dougher e Hackbert (2003) afirmam que esse padrão de reforço positivo para o comportamento de depressão, seguido pela extinção, cria um círculo difícil de ser quebrado, diminuindo a densidade de reforços sociais potenciais para o deprimido.

Em uma interação verbal entre duas pessoas, por exemplo, é esperado que uma reforce positivamente o comportamento da outra reciprocamente, à medida que a interação acontece. Diferentemente disso, na interação com o depressivo, o comportamento verbal é emitido por reforçamento negativo, de forma a evitar a aversividade do silêncio, por exemplo (Ferster, 1973).

Ainda que o repertório descrito seja eficiente frente à estimulação aversiva, a ausência de reforçamento positivo pode ter como consequência o aumento da frequência de certos comportamentos privados. Kanter et al. (2008), indicam que o núcleo da experiência depressiva é um evento privado (afeto negativo sentido e tateado de formas variadas). Os eventos privados gerados pelas respostas ao ambiente, também têm função aversiva e podem evocar mais comportamentos evitativos.

Repertórios verbais evocados por estimulação aversiva podem contribuir para a manutenção da depressão. Respostas verbais privadas ou não, sob forma de reclamações, autocríticas, insultos e autodemandas podem contribuir para o aumento da estimulação aversiva. Além destes, os fatos distorcidos emitidos pelos depressivos, que se caracterizam principalmente pelas tentativas de explicação da condição aversiva, podem exacerbar sentimentos negativos. Na maioria das vezes, as explicações são atribuídas às falhas pessoais, inadequação, incompetência, etc. (Dougher & Hackbert, 2003).

Comportamentos verbais como estes são incompatíveis com uma descrição efetiva do ambiente, o que colabora com a manutenção da depressão. Desta forma, relações verbais reforçadas adequadamente podem tornar-se concorrentes com as respostas de depressão, e a descrição correta de estimulação aversiva produz as condições favoráveis para alterações ambientais.

Altas taxas de queixas, somadas à baixa frequência de outros comportamentos verbais assumem um papel importante para impedir a melhora da depressão e manter o repertório de observação de pouco contato com o ambiente externo. Ferster (1973) nomeou três aspectos do comportamento da pessoa depressiva que causam prejuízo, segundo um ponto de vista clínico na análise do comportamento: uma visão limitada do mundo; uma visão ruim ou inferior (“*lousy*”) do mundo; e uma visão inalterável do mundo.

A visão limitada refere-se a um controle diferencialmente exercido pelo ambiente físico e social. Como o indivíduo depressivo não age no mundo operando mudanças, e apenas reage ao que está à sua volta, presume-se que ele deixe de perceber muitas das características presentes em seu ambiente.

A visão inferior do mundo refere-se à descrição de conseqüências aversivas, resultantes da freqüente exposição às situações aversivas, pela falta de clareza na observação do ambiente. Essas situações aversivas referem-se à falta de repertório adequado para alguma situação ou para evitar a punição por estar sendo aversivo à outra pessoa.

A visão inalterável do mundo refere-se à falta de repertório para explorar o ambiente e a também à expansão de repertório resultante de tal habilidade. Essa característica se desenvolve ao longo dos anos e pode ser explicada pela história de vida do indivíduo.

Como solução, de acordo com Ferster (1973), análises funcionais da relação entre terapeuta e a pessoa com depressão mostram que o aumento do repertório verbal pode aumentar a frequência de reforçamento positivo em outros ambientes.

Assim, repertórios de observação podem tornar-se mais adaptativos para o cliente à medida que ele comece a responder sob controle das contingências atuais, e mantenha maior contato com o ambiente externo. Em geral, os comportamentos deste tipo de cliente permanecem sob o controle de estímulos discriminativos ligados às contingências punitivas ou de extinção, ainda que estas não estejam mais presentes (Dougher & Hackbert, 2003).

A partir da análise destes comportamentos, verifica-se uma questão relevante com relação às interações que o cliente com depressão estabelece com as pessoas ao seu redor.

Esse repertório social inadequado, muito provavelmente será reproduzido durante o curso da terapia. Uma intervenção que tenha como proposta tratar destes comportamentos como ocorrem, no momento em que são emitidos na sessão, de forma contingente, pode eficientemente modificá-los.

1.2 A relação terapêutica

Segundo Callaghan, Naugle e Follete (1996), em uma abordagem behaviorista radical, a relação terapeuta/cliente é vista como a base ou o mecanismo para a modificação do comportamento do cliente.

Diversas teorias propõem diferentes conceitos de relação terapêutica. Muitas delas supõem a compreensão de que existe um papel determinado a ser incorporado pelo terapeuta, de forma pré-estabelecida pela teoria. Diferentemente disso, para uma visão comportamental, se o terapeuta se comporta na relação de forma condizente com seus sentimentos, ele poderá modificar os comportamentos do cliente de forma direta e eficaz. Essa é a visão de algumas correntes dentro da Análise do Comportamento, como por exemplo, a Psicoterapia Analítica Comportamental - FAP (Callaghan, Naugle & Follete, 1996; Kohlenberg & Tsai, 1991)

O papel do terapeuta é então o de prover apoio social e reforçamento para as mudanças do cliente. Deve reforçá-las diferencialmente de forma efetiva, e de acordo com seus sentimentos. O cliente precisa sentir que o terapeuta se preocupa e tem cuidado com ele, e esse contexto terapêutico ampliará a possibilidade para que o cliente se engaje em mudanças. Para isso, é importante manter o foco da terapia no aqui/agora (*in the moment*). Ao fazer isso, o terapeuta pode relacionar problemas relatados pelo cliente, de fora da sessão, com a relação terapêutica, abrindo a possibilidade para o responder contingente aos comportamentos do cliente que ocorrem no contexto da sessão (Callaghan, Naugle & Follete, 1996).

Callaghan, Naugle e Follete, (1996) afirmam que parte da tarefa do terapeuta consiste em criar situações desconfortáveis e difíceis para as duas partes da díade. Eventualmente, essas serão contingências para mudanças do cliente, e facilitar a relação, tornando-a mais amigável ou agradável não permitiria que elas ocorressem. De acordo com Braga e

Vandenberghe (2006), mesmo situações aversivas, como bloqueio de esquiwa (quando tem efeito punitivo), podem ser bem suportadas pelo cliente, se este estiver amparado por um ambiente relacional de intimidade.

Delitti (2005) afirma que se deve atentar para as características do terapeuta que podem facilitar, bem como aquelas que podem dificultar o processo terapêutico. A mudança comportamental parece ter maior relação com o trabalho de terapeutas que se mostram afetuosos, seguros e flexíveis, apesar do conhecimento teórico ser insubstituível. Além disso, o terapeuta precisa estar preparado para os possíveis efeitos que o comportamento do cliente possa ter sobre a sua pessoa.

Assim, além do cliente, o terapeuta também não está ileso dentro do processo terapêutico. A relação terapêutica é determinada de forma recíproca, e o terapeuta precisa estar atento aos seus próprios sentimentos para que possa conscientizar o cliente dos possíveis efeitos de seu comportamento nas relações que estabelece. Além disso, questões religiosas, morais, desrespeito do cliente podem estabelecer barreiras para a relação terapêutica, uma vez que o terapeuta não ficará sob controle das contingências da sessão e atento para o discurso do cliente (Braga & Vandenberghe, 2006; Delitti, 2005).

A reação do terapeuta a um comportamento do cliente pode ser usada como intervenção. É o caso de clientes que demonstram insatisfação com o terapeuta de forma indireta, ou que são agressivos e confrontadores quando fazem pedidos ou culpam o terapeuta. Como Oliveira e Vandenberghe (2009) ressaltam, é função do terapeuta tomar a responsabilidade por ter provocado essas reações, bem como explorar os eventos de forma não defensiva e aberta com o cliente, deixando-o expressar seus sentimentos com relação ao terapeuta.

O terapeuta que esteja engajado na relação poderá sentir as dificuldades do cliente da mesma forma que as pessoas mais importantes que estão na sua vida diária o vivenciariam. Por isso, o terapeuta deverá ser a pessoa responsável por dar os feedbacks e responder a esses sentimentos prontamente, pois nenhuma outra pessoa pode estar disposta a fazê-lo (Oliveira & Vandenberghe, 2009).

A aliança terapêutica têm se mostrado como um preditor de sucesso nos tratamentos, além de um comum mecanismo de mudança em psicoterapia. A inclusão da aliança terapêutica nas terapias comportamentais é consistente com os princípios básicos do comportamento como a modelagem e o reforçamento (Lejuez & Hopko, 2006).

Dentre as terapias comportamentais contemporâneas que se utilizam da aliança terapêutica em suas estratégias podem ser citadas: a Psicoterapia Analítico-Funcional – FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991); a Acceptance and Commitment Therapy - ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) e Dialectical Behavior Therapy - DBT (Linehan, 1993).

Característica da terceira geração de psicoterapias comportamentais, diferente das abordagens psicoterápicas tradicionais (dessensibilização, treino em habilidades sociais, terapia sexual, reestruturação cognitiva), a FAP prioriza uma intervenção baseada em uma relação terapêutica genuína e cuidadosa com o cliente. Enfatiza a importância das contingências que se originam no ambiente terapêutico, que podem ser funcionalmente equivalentes a outros ambientes, propiciando, assim, a ocasião para que o terapeuta modele novos comportamentos à medida que eles ocorram, durante a interação terapeuta/cliente (Busch, Kanter, Callaghan, Baruch, Weeks & Berlin, 2008; Callaghan, Follette, Ruckstuhl & Linnerooth, 2008; Ferro, 2008; Kohlenberg & Tsai, 1991). A FAP é o tratamento em que a resposta contingente imediata do terapeuta é o principal mecanismo de mudança clínica. A associação entre eventos que ocorrem dentro e fora do ambiente terapêutico é constante, visando sempre a melhora da relação terapêutica. A utilização das técnicas da FAP requer uma aliança terapêutica forte. A ACT tem seu foco na diminuição da esquiva experiencial e na facilitação da disposição para experiências privadas. Para tal, essa terapia é baseada em uma aliança terapêutica de confiança e colaboração. Os mesmos aspectos relacionados com modelagem e reforçamento também são importantes na DBT. Além disso, os terapeutas são encorajados a manter a relação com foco no aqui/agora e sem fazer julgamentos (Lejuez & Hopko, 2006).

Lejuez e Hopko (2006) citam um exemplo, dito por eles de relevância, de um estudo de caso de uma cliente feminina, de 28 anos, com diagnóstico inicial de Transtorno Depressivo Maior (TDM) e Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), cujo tratamento comportamental teve foco na aliança terapêutica. Seus sintomas de depressão envolviam humor disfórico, avolição, ideação suicida, dificuldade de concentração, cansaço, dormir em excesso, sentimentos de baixo valor pessoal, e desesperança. Já os sintomas de TPB estavam relacionados com instabilidade em relacionamentos interpessoais, instabilidade afetiva, auto-imagem instável, padrão de sabotagem de metas e de tarefas pessoais no momento em que estão para ser realizadas, comportamento suicida, impulsividade com relação à comida.

Os autores relatam que, de início, a depressão da cliente foi tratada usando BATD – Behavioral Activation Treatment for Depression, que é um tratamento que preza pelo

desenvolvimento de um ambiente que possibilite a obtenção de reforçamento para que comportamentos saudáveis aumentem de frequência (Lejuez & Hopko, 2006). Ainda segundo os autores, o resultado desse tipo de tratamento pode ser precursor da redução de comportamentos suicidas e de auto-lesão, além de reduzir o reforçamento de comportamentos não saudáveis por meio de diários.

Lejuez e Hopko (2006) relatam que a cliente apresentou forte resistência ao tratamento logo de início, devido às suas fortes expectativas com uma terapia na qual fosse falar sobre seus sentimentos, e a qual tivesse uma estrutura focada na natureza de seu problema. Além disso, a cliente se incomodou com o papel ativo que deveria ter dentro e fora do ambiente terapêutico. Com isso, os autores resolveram introduzir a DBT e estratégias como validação emocional, desenvolvimento de habilidades de comunicação, *mindfulness*, e tolerância à angústia. Os autores relatam que, após as primeiras 12 sessões, as ideações suicidas diminuíram severamente. Ao final, os autores concluem que a aliança terapêutica pode ser conceituada como o principal mecanismo de mudança no caso, que inicialmente envolveu a flexibilidade do terapeuta e a validação das experiências que antes eram estranhas para a cliente.

Esse estudo demonstra como um tratamento objetivo muito utilizado para depressão pode não funcionar para determinados clientes. Neste caso, a variável envolvida foi a expectativa de um tratamento que permitisse a fala de experiências e da condição atual. Além disso, a cliente se frustrou com a proposta de execução de tarefas. Se por um lado a habilidade de relacionamento do cliente com depressão está comprometida, e isso pode afetar a relação terapêutica, por outro a baixa frequência de operantes pode afetar o sucesso de tratamentos que exijam um papel mais ativo do cliente, como esses baseados em execução de tarefas.

Para que as intervenções que utilizam a relação terapêutica como forma de intervenção sejam bem sucedidas, é importante que a mesma seja, em certo grau, positivamente reforçadora tanto para o cliente, como para o terapeuta.

Tryon, Blackwell e Hammel (2008) fizeram importantes questionamentos sobre a avaliação que é feita da relação terapêutica, por clientes e terapeutas, a qual recebe geralmente valores de escore muito altos. Em sua pesquisa, foram examinados 63 estudos, de 1990 a 2007, os quais utilizaram avaliações da relação terapêutica realizadas pelos dois membros da díade. As autoras afirmam que apesar do uso de diferentes instrumentos, em diferentes pesquisas, os estudos sempre demonstram escores positivos para avaliação da relação terapêutica, sendo que tanto terapeutas, como clientes, tendem a avaliá-la da melhor forma.

Ou seja, a relação terapêutica é avaliada com as maiores pontuações de escore. O resultado apresentado pelas autoras aponta que, nos estudos sobre psicoterapia individual, clientes e terapeutas tendem a utilizar apenas as graduações mais altas de escore (primeiros 20% dos itens para clientes; e primeiros 30% dos itens para terapeutas).

As autoras afirmam que entre as possibilidades de explicação para esse fenômeno, está o sentimento de lealdade entre os membros da díade, que pode gerar desconforto para uma avaliação legítima. Além disso, pesquisadores tendem a realizar a avaliação da relação terapêutica a partir da terceira sessão, o que pode excluir as díades que já encerraram a terapia, por problemas relacionais. É possível ainda que ambos, terapeuta e cliente, tendam a responder as questões de forma socialmente desejável (Tryon et al., 2008).

Tryon et al. (2008) discutem o fato de que mesmo com uma restrição tão grande na avaliação, a maioria dos estudos sobre relação terapêutica confirma seus resultados a partir das respostas positivas dos clientes aos tratamentos psicoterapêuticos. As autoras afirmam que se todos os pontos de avaliação disponíveis nas escalas fossem utilizados, ou seja, se a díade fosse legítima ao avaliar a relação, e se relações não duradouras também fossem avaliadas, os escores da relação terapêutica seriam menos restritos, o que aumentaria a variedade de dados sobre a relação terapêutica e resultados do tratamento.

A pesquisa (Tryon et al., 2008) levanta uma questão interessante sobre métodos empíricos de avaliação da relação terapêutica. A opinião das autoras parece ser desfavorável com relação às escalas com escores de graduação; o que chama a atenção para a possível contribuição da observação e categorização funcional.

Uma estratégia clínica que se propôs a sistematizar os dados da relação terapêutica foi a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), já citada anteriormente. O terapeuta analisa funcionalmente os comportamentos do cliente e busca oportunidade para intervir no próprio ambiente psicoterapêutico, em vez de buscar a ocasião para a resolução de problemas apenas por meio dos eventos que ocorrem em outros ambientes da vida do cliente (Callaghan et al., 2008). Além disso, não utiliza protocolos ou técnicas descritas em manuais. Seu método principal é a análise funcional dos *comportamentos clinicamente relevantes* dos clientes (CRB). O terapeuta que intervém de acordo com a FAP busca responder de forma contingente a três categorias de comportamento do cliente, sendo eles CRB1, CRB2 e CRB3 (Busch et al., 2008).

Os CRB1s são os comportamentos-problema do cliente, vigentes no momento, e que devem ter sua frequência reduzida com o decorrer da terapia. Geralmente, os CRB1s tendem a ser comportamentos que estimulam de forma aversiva as pessoas na vida do cliente, ou podem ser déficits de repertório que influenciam, de forma negativa, sua rede social (Busch et al., 2008; Callaghan, et al, 2008; Kohlenberg & Tsai, 1991).

Os CRB2s são os comportamentos do cliente que indicam melhora e progresso no tratamento. São comportamentos mais adaptativos, de colaboração e assertividade que ocorrem durante a sessão de terapia. Em geral, esses comportamentos não são observados no início do tratamento, e sim gradualmente à medida que o processo se desenvolve e o terapeuta auxilia o cliente a desenvolver esses repertórios (Busch et al., 2008; Callaghan et al., 2008; Kohlenberg & Tsai, 1991).

Os CRB3s são as verbalizações do cliente sobre seu próprio comportamento e suas prováveis causas. Tratam-se de observações e interpretações sobre os antecedentes e conseqüentes de seu repertório. Os CRB3s são importantes por possibilitar a obtenção de reforçamento positivo em ambiente externo à terapia, além de propiciar a descrição de semelhanças entre o que ocorre no ambiente terapêutico e no outros ambientes (Kohlenberg & Tsai, 1991).

A FAP também considera os comportamentos do terapeuta durante a sessão, visto que a psicoterapia é um processo interacional. Assim, a intervenção é direcionada segundo regras que funcionam como método ou guia (Ferro, Valero & Vives, 2006; Kohlenberg & Tsai, 1991). O objetivo é oferecer apenas um direcionamento para a intervenção do terapeuta, e não orientação específica. Kohlenberg e Tsai (1991) afirmam, inclusive, que os terapeutas devem utilizar de suas experiências pessoais para atuar, e devem entender as regras como sugestões para seus comportamentos, que resultarão, possivelmente, em conseqüências reforçadoras.

A FAP foi escolhida como a estratégia para sistematizar os dados da relação terapêutica na presente pesquisa, por meio de intervenções focadas no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs.

1.3 A relação terapêutica como principal mecanismo de intervenção sobre comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão

A literatura sobre relação terapêutica apresenta diversos estudos que investigaram intervenções analítico-comportamentais em clientes que apresentavam sintomas de depressão, avaliando, por vezes, a aplicação e o sucesso de procedimentos, e por outras analisando os próprios sintomas da depressão por meio de estudos de caso que foram tratados com terapias com foco na relação terapêutica.

Ferro (2001) afirma que as dificuldades apresentadas por clientes depressivos com relação a seus déficits em estabelecer relações íntimas e sua falta de habilidade para interações sociais podem estar relacionadas com: 1) histórias prolongadas de punição ou extinção; 2) com o reforçamento de comportamentos disfóricos (queixas, declarações auto-depreciativas, choros); 3) por fuga/esquiva de situações aversivas (reforçamento negativo). Como solução para esse déficit, o autor cita a FAP como possibilidade de recompor relações de intimidade que se apresentem deterioradas, por meio de experiências positivas dentro da própria sessão.

Ferro, Valero e Vives (2006) realizaram um estudo de caso de uma cliente que apresentava baixa frequência de comportamentos de interação social (não saía de casa, evitava ver amigos, evitava situações que envolvessem pessoas), e comportamento verbal desadaptativo (descrições ambientais inaccuradas, queixas). Os comportamentos da cliente foram classificados com comportamentos clinicamente relevantes tipo 1 e 2, de acordo com a FAP. Os comportamentos incompatíveis com a depressão envolveriam principalmente manter relações sociais positivas, envolver-se em novos projetos e aceitar o que lhe havia ocorrido.

Durante as três primeiras sessões do tratamento, a cliente chorou com frequência, queixou-se muito, falou de seus problemas com as pessoas ao seu redor. Durante a primeira fase do tratamento, a taxa de CBR1 foi alta, e as queixas foram os comportamentos mais frequentes, sendo que o terapeuta engajou-se em procedimentos para extinguí-las. O tratamento se focou então na resistência² da cliente e na aceitação de sua situação e de si mesma. A partir da sétima sessão os comportamentos incompatíveis com a depressão

² O termo “resistência”, aqui utilizado, refere-se à definição analítico-comportamental de “resistência do cliente a mudanças”. Guilhardi (2002) definiu operacionalmente esse termo, como resultado da interação entre cliente e terapeuta, ou um comportamento de contra-controle do paciente frente aos procedimentos do terapeuta. Neste sentido, o autor examina a relação da história de contingências do cliente, seja punitiva, ou por reforçamento negativo ou positivo, com padrões de resistência apresentados na clínica.

começaram a aparecer, visto que o terapeuta se manteve modelando novos comportamentos e fazendo com que a cliente se expusesse às situações que geralmente evitava. A partir da fase intermediária, novos CRB1s apareceram, relacionados com questões de interação, queixas de seus companheiros de trabalho. Esses comportamentos apareceram também durante as sessões na relação com o terapeuta, que também se sentiu aborrecido com a cliente. Durante essas sessões o terapeuta potencializou as conversas com temas alternativos, reforçando-os diferencialmente de forma natural. As queixas foram então eliminadas e os CRB2s aumentaram. Durante a fase final, a cliente conseguiu manter as relações sociais, aceitando as pessoas ao seu redor, manteve conversas extensas sem a apresentação de queixas, melhorou seu auto-conceito e engordou. Os CRB3s também aumentaram de frequência, sendo que a cliente apresentava respostas de aceitação do passado e dos problemas da vida. Para os autores a seleção de um procedimento baseado na aceitação foi essencial para o sucesso deste caso, visto que a FAP a proporcionou por meio da auto-observação e da evocação de respostas emocionais dentro da sessão terapêutica.

O foco do tratamento analisado permaneceu na resistência e aceitação, pela cliente, de sua condição e de si mesma, e na busca por novos contatos sociais, entre outros objetivos. A frequência dos CRBs começou a alterar a partir do momento que o terapeuta, por meio de modelagem, levou a cliente a fazer descrições de experiências que ela evitava. Além disso, segundo os autores, a intervenção baseada no aqui/agora é efetiva para casos como o descrito no relato. Quando a resistência à mudança é forte, esse tipo de intervenção parece ser especialmente benéfica, e esse parece ser o caso de clientes com depressão (Ferro et al. 2006).

Dougher e Hackbert (2003) apresentaram um estudo de caso também baseado na aceitação com uma cliente depressiva, que envolveu uma intervenção combinada de FAP e ACT. Os autores demonstraram a aplicação dos procedimentos por meio dos quais se buscou alcançar objetivos específicos, como aceitação dos eventos privados pela cliente e busca por atividades que enriquecessem sua vida. As interações que ocorriam durante as sessões foram tratadas freqüentemente como foco da terapia. A frequência dos comportamentos problema começou a diminuir a partir do momento que o terapeuta, por meio de modelagem, como no caso anteriormente citado, levou a cliente a fazer descrições de experiências que ela evitava. Os seus relatos permitiram a observação de sentimentos de depressão e ansiedade sem a necessidade de controlá-los. A partir disso, a cliente iniciou relatos de novos operantes que possibilitariam a obtenção de reforço positivo, como mudança de cidade e busca por novo emprego. Relatou também que para cumprir seus objetivos, não deveria emitir

comportamentos de esquiva frente aos aversivos que poderiam acompanhar as novas atividades. Os autores relatam que a depressão da cliente se dissipou como progresso da terapia.

Kanter, Landes, Busch, Rusch, Brown e Baruch (2006) realizaram um estudo experimental com dois clientes com sintomas de depressão, cujo delineamento era de sujeito único tipo A/ A+B, no qual a condição de linha de base era a terapia cognitivo-comportamental. A segunda fase previu intervenção com a associação da FAP. O objetivo do estudo era produzir modificações de comportamento observáveis a partir da introdução da FAP.

As variáveis dependentes de cada cliente foram determinadas por meio de avaliação clínica conduzida pelo próprio terapeuta. Sua estrutura foi baseada no The Functional Idiographic Assessment Template – FIAT (Callaghan, Summers & Weidman, 2003). Assim que os comportamentos-alvo foram determinados, cartões foram elaborados para que os clientes pudessem avaliar diariamente a ocorrência destes comportamentos. Durante a fase de linha de base, foram utilizados procedimentos clínicos de Terapia Cognitivo-Comportamental para Depressão (Beck et al., 1979). Sob orientação dos pesquisadores, os CRBs foram ignorados pelos terapeutas, que conduziam o foco da sessão para eventos externos. Quando as linhas de base de cada cliente alcançaram estabilidade, a FAP foi introduzida, e os terapeutas foram instruídos a responder de forma contingente aos CRBs com máxima frequência possível, na primeira sessão desta segunda fase (Kanter et al., 2006).

A avaliação do processo de modificação produzido pela FAP foi realizada por meio da FAP Rating Scale - FAPRS (Callaghan & Follette, 2008), com a participação de quatro categorizadores treinados que assistiram às sessões de um dos clientes. O resultado deste estudo mostrou que apenas um dos dois casos foi bem sucedido, visto que um dos clientes abandonou o tratamento cedo, não compareceu às sessões consistentemente e não cumpriu com alguns compromissos da terapia, como requisitado.

A cliente avaliada como caso bem sucedido, respondeu rapidamente à implementação da FAP, de acordo com seus dados de auto-relato e gráficos do estudo. Com relação ao cliente avaliado como caso mal sucedido, os autores afirmam que durante implementação da FAP, o terapeuta pontuou um possível paralelo entre as questões de comunicação e confiança presentes na relação do cliente com a esposa, que o cliente também estabeleceu com o terapeuta. Logo após, o cliente abandonou a terapia, demonstrando, segundo os autores, que as dificuldades de comunicação e confiança eram tão aversivas que o cliente generalizou seus

comportamentos para o contexto da sessão. A partir deste último caso, Kanter et al. (2006) questionam que tipo de operações estabelecadoras são necessárias para clientes cujos comportamentos são insensíveis ao reforçamento por interações genuínas e de intimidade. Os autores levantam uma questão de relevância para o estudo da depressão, visto que muitos clientes depressivos apresentam déficits comportamentais justamente relacionados com interações sociais. A relação terapêutica, então, pode se estabelecer de forma a não sustentar intervenções que a mantenham como foco.

López, Ferro e Valero (2010), relatam de forma descritiva um tratamento clínico de um caso de depressão com a FAP, apresentando as fases da intervenção e detalhando a relação terapêutica. A cliente estava passando por um processo de luto recente e apresentava comportamentos compatíveis com os descritos nos quadros de depressão.

Com relação à intervenção, os autores comentam que na fase inicial buscou-se, além da avaliação, estabelecer uma relação terapêutica forte, com uma audiência não-punitiva, e neste sentido, até mesmo as queixas foram ouvidas de forma genuína, apesar de sua função de esquiva. Metáforas foram utilizadas também, de modo que o ambiente terapêutico evocasse constantemente comportamentos clinicamente relevantes (comportamentos-problema). Foi observada frequência alta de comportamentos de queixa durante esta fase (queixas sobre o estado físico, sobre habilidades e capacidades, sobre parentes e sobre a incapacidade do terapeuta poder ajudar sua condição). As expressões mais utilizadas pela cliente foram “não posso” e “me sinto mal” para justificar comportamentos de evitação. A postura do terapeuta se manteve no sentido de demonstrar o interesse genuíno, e o objetivo principal tornou-se o bloqueio dos comportamentos de esquiva de contato e aprofundamento do tema.

Durante a fase intermediária, o terapeuta reforçou descrições realizadas pela cliente. Metáforas foram utilizadas com finalidade de modelagem de comportamentos mais adaptativos. A queixa “estar mal” diminuiu de frequência, e descrições de aceitação da própria condição e sentimentos, bem como da percepção de melhora, foram emitidas.

A fase final do tratamento compreendeu a retomada dos progressos durante a terapia e explicitação de relações funcionais (com ênfase na queixa de “estar mal” da paciente como via de evitação). A cliente expressou sentimentos positivos pelo terapeuta, e satisfação por ter terminado a terapia. O terapeuta deu exemplos de situações ocorridas no contexto da relação terapêutica, bem como dos sentimentos experimentados por ele durante as sessões, como forma de estabelecer semelhanças com a vida diária da cliente. Ao final do tratamento, os

escores em uma escala de depressão indicaram mudança dos comportamentos da cliente, de depressão severa para pontuações normais.

De um lado, a literatura sobre sintomas de depressão indica que grande parte das dificuldades das pessoas que enfrentam essa situação está relacionada com um repertório social inadequado e alta frequência de comportamentos de fuga/esquiva como queixas, pedidos, passividade, etc. Essas dificuldades podem afetar as relações sociais da pessoa com depressão nos variados ambientes em que interage.

Por outro lado, a literatura sobre relação terapêutica indica que o foco no aqui/agora, bem como relações de intimidade, acolhimento, envolvimento e em especial, respostas contingentes imediatas do terapeuta podem ser o principal mecanismo de modificação de comportamentos relacionados com padrões descritos em quadros de depressão. Assim, as intervenções que priorizam relações legítimas podem ser potencialmente curativas.

Se esses dois lados forem analisados, uma questão relevante parece surgir no que diz respeito aos tipos de relações que podem ser estabelecidas entre terapeutas e clientes que apresentam comportamentos descritos pela literatura de depressão, que indicam, justamente, déficits nas relações interpessoais.

1.4 Que relações terapêuticas podem se estabelecer a partir da interação com clientes com depressão?

Que tipo de relações terapêuticas o terapeuta pode então estabelecer com clientes que apresentam repertórios sociais limitados? Os efeitos destes repertórios sobre a pessoa do terapeuta criam as condições necessárias para que as intervenções com foco na relação terapêutica sejam introduzidas? Que tipo de efeitos essas intervenções podem ter sobre os “comportamentos depressivos”?

Essas são questões que surgem com a análise da literatura sobre depressão, que indica déficits em repertórios sociais, e da literatura sobre relação terapêutica, que propõe o restabelecimento de relações de intimidade, confiança, entre outras, por meio da relação terapêutica.

A literatura sobre depressão mostra que devido à alta frequência de comportamentos de fuga/esquiva de estimulação aversiva, que resultam em um repertório social restrito, as relações que a pessoa mantinha em seus ambientes de convívio ficarão abaladas. Apesar de darem apoio social, as pessoas que interagem com o depressivo tenderão a se afastar pela aversividade daqueles comportamentos de fuga/esquiva. Sendo assim, a relação com o terapeuta também poderia ser comprometida e os comportamentos do cliente seriam tão aversivos ao terapeuta quanto para as outras pessoas da vida do cliente, o que poderia prejudicar a relação entre a díade, e eventualmente, até impossibilitar a intervenção.

Por outro lado, se isso não for tão aversivo para o terapeuta, o mesmo poderá conscientizar o cliente dos efeitos que seu comportamento está tendo sobre ele e sobre outras pessoas, reforçando os comportamentos do cliente diferencialmente, de acordo com seus sentimentos.

Um ponto chave para que o terapeuta consiga realizar as intervenções com base na relação terapêutica é o foco no aqui/agora. A ênfase nas contingências que ocorrem dentro da sessão favorece justamente a modelagem dos comportamentos já citados, entre eles, o repertório de observação que pode favorecer o responder sob controle das contingências atuais. Na intervenção com clientes depressivos, isso favoreceria o aumento da frequência de respostas que produzem reforço positivo.

Para que os novos repertórios de observação sejam modelados, é necessário que as novas relações verbais se estabeleçam em sessão. Essas serão essenciais para a nova relação que se forma. No entanto, a alta frequência de comportamentos verbais com função de fuga/esquiva de estímulos aversivos pode impedir que a relação terapêutica possa recompor relações de intimidade, na medida em que não permite que temas sejam aprofundados. Isso pode ser observado em comportamentos verborrágicos, queixas que não são foco da terapia, ou outros tipos de relato que afastam o terapeuta, e gerando sentimentos negativos, como cansaço, aborrecimento e tédio.

Nesse sentido, o cliente pode tender a certa insensibilidade às contingências atuais, permanecendo sob controle dos estímulos aversivos de contingências passadas de punição e extinção. Desta forma, isso impossibilitaria as intervenções com foco no aqui/agora e conseqüentemente, a utilização do reforço diferencial, mantendo as baixas taxas de responder do cliente.

Diversos fatores podem controlar o quanto o cliente ficará sensível às contingências atuais. Um deles pode ser o ambiente terapêutico que seja de alguma forma, reforçador de comportamentos do cliente que geram mais bem-estar. Outro, o próprio terapeuta, que, comportando-se de forma diferente das outras pessoas do convívio do cliente, pode evocar nele novas respostas.

Assim, o presente estudo propôs uma análise da relação terapêutica estabelecida entre terapeuta e clientes que apresentam comportamentos geralmente descritos em quadros de depressão. Buscou-se avaliar os efeitos de intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs, em dois casos clínicos de clientes com depressão.

2. Método

2.1 Participantes

2.1.1 Clientes

Participaram do presente estudo duas clientes que foram selecionadas na clínica-escola da Universidade Federal do Paraná. Foram realizadas sessões de triagem com possíveis clientes para identificar queixas iniciais compatíveis com o objetivo do estudo. O primeiro critério de seleção adotado consistiu na identificação de comportamentos típicos do quadro de depressão (ex: tristeza, insatisfação, perda de interesse em atividades, idéias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social). O segundo critério de seleção exigiu que as clientes apresentassem níveis de depressão moderada ou grave segundo o Inventário de Depressão de Beck – BDI (Beck et al., 1961). A Tabela 1 indica a caracterização dos participantes do estudo. Os nomes apresentados são fictícios.

Tabela1 - Caracterização dos participantes.

Identificação	Sexo	Idade	Escore no BDI
Rita	F	31	25
Inês	F	58	36

Embora não fosse uma exigência para a seleção, as duas clientes selecionadas para o estudo apresentaram como parte da queixa, o luto pelo falecimento de um filho, aspecto coincidente nos casos.

2.1.2 Terapeuta

Uma terapeuta analítico-comportamental, com cinco anos de experiência, pós-graduada em psicologia clínica e mestranda em psicologia, foi selecionada pela pesquisadora para o presente estudo. Ela foi supervisionada pela orientadora da presente pesquisa, conforme os procedimentos da FAP, durante os atendimentos da coleta de dados.

2.2 Local

A coleta de dados foi realizada na clínica-escola da Universidade Federal do Paraná. As sessões de terapia foram conduzidas em uma sala de atendimento com espelho unidirecional, duas poltronas, mesa, relógio e filmadora. As supervisões da terapeuta foram realizadas em salas destinadas para essa função dentro da instituição.

A categorização das sessões foi realizada também na clínica-escola, em uma sala com duas poltronas, mesa, cadeiras e com a utilização de um notebook. Este local foi escolhido para preservar o sigilo dos dados da pesquisa.

2.3 Materiais e equipamentos

- 29 sessões transcritas de psicoterapia (15 - cliente Rita; 14 - clientes Inês)

- Filmadora digital *Samsung SMX-C200NXA2*
- Notebook *HP Pavillion dv2000* e impressora
- Softwares *Microsoft Word e Microsoft Excel*
- Gravador de áudio *Panasonic RR-US510*
- 16 DVDs

2.4 Instrumentos

1. Protocolo de registro das sessões de atendimento (Anexo A)

Esse protocolo foi criado pela pesquisadora para que a terapeuta pudesse registrar ao término de cada sessão, um breve relato da mesma, bem como os principais comportamentos emitidos pela cliente, e as respostas que forneceu aos mesmos. Além disso, previu a anotação de dificuldades encontradas, bem como intervenções planejadas para próximas sessões.

2. Protocolo de registro de supervisão (Anexo B)

Esse protocolo foi criado pela pesquisadora para que a supervisora pudesse registrar cada uma das supervisões de forma sistematizada. Foram registrados o relato dos temas abordados na supervisão, bem como as instruções passadas à terapeuta.

3. Ficha de conceituação do caso (Tsai et al., 2009) (Anexo C)

Esta ficha é um modelo fornecido pelos autores, que indica os comportamentos que devem ser levados em consideração para a conceituação de caso em FAP.

4. Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale – FAPRS (Callaghan et al., 2008)

A FAPRS é um instrumento que viabiliza a sistematização de dados sobre as mudanças que ocorrem durante a sessão de psicoterapia, possibilitando a categorização de respostas do terapeuta e do cliente. Permite que as modificações de comportamento dos clientes possam ser especificadas e identificadas. Desta forma, torna-se possível a mensuração de dados clínicos empíricos, já relatados pela literatura sobre os mecanismos de mudança derivados da relação terapêutica.

Para analisar e sistematizar a função dos comportamentos do terapeuta e cliente durante a sessão, a utilização da FAPRS tem como procedimento a divisão da sessão em “*turns*”³. Estes correspondem a cada fala de terapeuta e de cliente que são categorizadas separadamente de acordo com sua função. A escala é composta por sete categorias de cliente e doze categorias do terapeuta (Callaghan et al., 2008).

A Tabela 2 a seguir apresenta cada uma das categorias do cliente. Em seguida, foram apresentadas suas descrições de acordo com o Manual da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008).

³ Neste estudo, optou-se pela utilização da expressão “fala” em substituição ao termo “*turn*” da FAPRS.

Tabela 2 – Descrição das categorias de cliente de acordo com o Manual da FAPRS

CATEGORIA	NOME COMPLETO DA CATEGORIA	BREVE DESCRIÇÃO
CRB1	Comportamento clinicamente relevante 1 (problemas em sessão)	Cliente se engaja em comportamento problemático na sessão no contexto da relação terapêutica
CRB2	Comportamento clinicamente relevante 2 (melhoras em sessão)	Cliente se engaja em comportamento de melhora na sessão no contexto da relação terapêutica
CRB3	Comportamento clinicamente relevante 3 (descrição de variáveis controladoras importantes)	Cliente descreve como diferentes variáveis influenciam seu comportamento (cliente faz descrições funcionais)
CTR	Foco do cliente na relação terapêutica	O cliente foca na relação terapêutica.
O1	Discussão de problemas clínicos de fora da relação terapêutica	O cliente discute ou descreve comportamentos-problema que tem sido foco do tratamento, mas que ocorrem em situações fora da relação terapêutica.
O2	Discussão de melhoras clínicas de fora da relação terapêutica	O cliente discute ou descreve melhoras que tem sido foco do tratamento, mas que ocorrem em situações fora da relação terapêutica.
CPR	Progresso positivo do cliente em sessão	O Cliente discute ou descreve problemas como ocorrem em situações outras que não a relação terapêutica, ou esclarece e fornece o contexto sobre problemas; cliente se engaja em comportamentos que facilitam a discussão

4.1 Categorias de comportamentos do cliente de acordo com FAPRS

a) Comportamento clinicamente relevante tipo 1 (CRB1): Este código deve ser usado quando o cliente se engaja em comportamentos-problema que acontecem em sessão, na forma como ele ocorre no contexto da relação terapêutica. Esse comportamento-problema pode ser similar aos que são descritos pelo cliente em relações fora do contexto da sessão. Assim, os CRB1s são definidos com base na relação funcional do impacto que têm sobre o comportamento do terapeuta.

b) Comportamento clinicamente relevante tipo 2 (CRB2): Este código deve ser usado quando o cliente se engaja em comportamentos de melhora que acontecem em sessão, dentro do contexto da relação terapêutica. O CRB2 não é um relato de melhora descrito pelo cliente em relações fora do contexto da sessão. Assim, os CRB2s são definidos com base na relação funcional do impacto que têm sobre o comportamento do terapeuta.

c) Comportamento clinicamente relevante tipo 3 (CRB3): Este código especifica os comportamentos verbais do cliente que descrevem como diferentes variáveis controladoras impactam o seu comportamento. Também especifica o comportamento do cliente de descrever relações funcionais. Essas descrições incluem variáveis da sessão ou contingências fora do *setting* terapêutico. O código CRB3 pode ser utilizado ainda quando o cliente parafraseia descrições do terapeuta utilizando suas próprias palavras, ou quando faz aproximações de descrições de uma relação funcional de importantes variáveis como parte de uma contingência de três termos, mesmo que um dos termos esteja ausente.

d) Cliente foca na relação terapêutica (CTR): Este código especifica o foco do cliente na relação terapêutica, a menos que esse comportamento possa ser codificado com um código específico da FAP (CRB1, 2 ou 3). CTR é utilizado quando o cliente divide seus sentimentos em resposta ao terapeuta, ou ainda quando foca em discussões sobre os comportamentos que ocorrem em sessão, conforme os apontamentos do terapeuta. Além disso, este código também é utilizado quando o cliente discute a FAP e seus benefícios com o terapeuta. Por último, se o

cliente fazer menções às sessões passadas, quando a função das mesmas não estiver presente, esse código também é utilizado.

e) Discussão do cliente de problemas de fora da sessão (O1): Este código especifica discussões ou descrições do cliente sobre comportamentos-problema que têm sido foco da terapia e que ocorrem em situações fora da sessão. Esses comportamentos não devem ser evidenciados em sessão no contexto da relação terapêutica, e devem oferecer uma descrição clara do comportamento-problema.

f) Discussão do cliente de melhoras fora da sessão (O2): Este código especifica discussões ou descrições do cliente sobre melhoras que têm sido foco da terapia e que ocorrem em situações fora da sessão. Esses comportamentos de melhora não devem ser evidenciados em sessão no contexto da relação terapêutica, e devem oferecer uma descrição clara de melhora.

g) Progresso positivo do cliente em sessão (CPR): Este código especifica o engajamento do cliente em comportamentos que facilitam a discussão, ou quando o conteúdo do comportamento verbal do cliente tem função de manter a discussão com foco no objetivo da sessão, sem que impacte o comportamento do terapeuta. Essas respostas incluem explicações ou fornecimento de contexto para o terapeuta sobre os problemas que estão sendo trabalhados, discussões sobre tarefa de casa, e outras descrições de problemas de fora da relação terapêutica. Esse código só é utilizado se o comportamento não puder ser codificado com um dos códigos específicos da FAP.

A Tabela 3 mostra as categorias do terapeuta, e em seguida são apresentadas descrições de cada uma delas, de acordo com o Manual da FAPRS (Callaghan & Follette, 2008).

Tabela 3 – Descrição das categorias de terapeuta de acordo com o Manual da FAPRS

CATEGORIA	NOME COMPLETO DA CATEGORIA	BREVE DESCRIÇÃO
TTR	Foco do terapeuta na relação terapêutica	O foco contínuo do terapeuta na relação terapêutica, incluindo relatos de seus próprios sentimentos em resposta ao cliente.
ECRB	Terapeuta evoca um CRB do cliente	O terapeuta evoca um comportamento clinicamente relevante do cliente, seja CRB1, 2 ou 3.
TRCB1	Terapeuta responde efetivamente a um CRB1 (problemas em sessão)	A resposta do terapeuta para o comportamento-problema do cliente que ocorre em sessão.
TRCB2	Terapeuta responde efetivamente a um CRB2 (melhoras em sessão)	O terapeuta responde efetivamente à melhora do cliente em sessão.
TRCB3	Terapeuta responde efetivamente a um CRB3 (descrição de variáveis controladoras)	O terapeuta responde às descrições do cliente sobre como diferentes variáveis controladoras afetam seu comportamento; o terapeuta modela CRB3 dos clientes.
RO1	Terapeuta responde a discussão de comportamentos-problema fora da relação terapêutica	O terapeuta comenta os problemas que o cliente descreve estar engajado fora da sessão
RO2	Terapeuta responde a discussão de melhoras clínica fora da relação terapêutica	O terapeuta fornece reforçamento verbal em resposta às descrições feitas pelo cliente de melhora fora do contexto da terapia
TPR	Progresso positivo do terapeuta em sessão	O terapeuta se engaja em comportamentos facilitadores e efetivos.
M1	Terapeuta perde/não responde a um CRB1	O terapeuta não responde ou perde a oportunidade de responder a um CRB1
M2	Terapeuta perde/não responde a um CRB2	O terapeuta falha no reforçamento de alguma instância de um CRB2 do cliente ou de alguma aproximação razoável de CRB2
M3	Terapeuta perde/não responde a um CRB3	O terapeuta perde a oportunidade de responder a uma descrição do cliente de alguma importante variável controladora de seu comportamento ou alguma aproximação razoável.
IN	Ineficaz em geral	O terapeuta se engaja em um comportamento ineficaz em geral

4.2 Categorias de comportamento do terapeuta de acordo com a FAPRS

a) Terapeuta foca na relação terapêutica (TTR): Esse código especifica a resposta do terapeuta para o comportamento do cliente que ocorre em sessão, tal como os sentimentos do cliente no contexto da relação terapêutica. O terapeuta mantém o foco na relação terapêutica, inclusive dividindo seus sentimentos em resposta ao cliente. Esse código também se refere ao comportamento do terapeuta de descrever o propósito de se manter o foco na relação terapêutica durante o tratamento, ou seja, os propósitos da FAP. Além disso, TTR também deve ser utilizado quando o terapeuta faz referência às sessões passadas da terapia, quando a função dessas não está presente. Esse código só é utilizado quando a resposta do terapeuta não pode ser codificada com um dos códigos específicos da FAP (resposta a CRB1, 2 ou 3).

b) Terapeuta evoca CRB (ECRB): Esse código especifica a resposta do terapeuta de tentar evocar um comportamento clinicamente relevante do cliente, seja ele um CRB1, 2 ou 3. No entanto, esse código não é dependente do comportamento do cliente que segue. Esse código geralmente não é dado em resposta a uma série de CRBs (codificados como TCRB1, 2 ou 3), a menos que o terapeuta claramente tente mudar o foco da sessão para uma outra classe de resposta diferente do cliente. Existem duas formas comuns de ECRB: 1) quando a conversa centrou em eventos fora corrente sessão e o terapeuta muda a conversa para o relacionamento cliente/terapeuta na sessão atual; o terapeuta redireciona o foco da sessão para comentários sobre sessões passadas, para instâncias do comportamento do cliente fora da relação terapêutica, ou fala progressiva para a relação terapêutica, presumivelmente para evocar o comportamento do cliente em sessão, ao qual o terapeuta poderá responder. 2) quando o terapeuta muda a discussão, de uma classe de resposta do cliente para outra distinta durante o curso de responder específico da FAP.

ECRBs são mandos diretos para o comportamento do cliente para identificar variáveis de controle. Distinguem-se os tipos de ECRB pela resposta seguinte do cliente (CRB1, 2 ou 3) usando um índice para o número do CRB, ou seja, ECRB1, ECRB2, ECRB3.

c) Terapeuta responde (efetivamente) a CRB1 (TCRB1): Esse código especifica a resposta eficiente do terapeuta para um comportamento-problema do cliente que ocorre durante a sessão. Quando o terapeuta responde ao engajamento do cliente em comportamento definido anteriormente pelo terapeuta, como tendo função de interferir ou impedir comportamento mais eficaz do cliente. Não é necessário que o terapeuta explique a função que este CRB tem sobre ele, podendo responder de forma menos explícita e mais natural ao impacto que aquele comportamento do cliente teve sobre ele.

d) Terapeuta responde (efetivamente) a CRB2 (TCRB2): Esse código especifica a resposta eficiente do terapeuta aos comportamentos de melhora do cliente em sessão. Quando o terapeuta responde ao comportamento do cliente mais eficaz na relação terapêutica. Não é necessário que o terapeuta explique a função que este CRB tem sobre ele, podendo responder de forma menos explícita e mais natural ao impacto que aquele comportamento do cliente teve sobre ele.

e) Terapeuta responde (efetivamente) a CRB3 (TCRB3): Esse código especifica a resposta eficaz do terapeuta à descrição do cliente sobre as diferentes variáveis de controle que impactam seu próprio comportamento. Além disso, esse código é dado quando o terapeuta fornece modelo deste tipo de descrição para o cliente; quando o terapeuta expõe as descrições do cliente para ele; quando o terapeuta assiste e dá suporte, com análises, às paráfrases feitas pelo cliente com suas próprias palavras a descrições do terapeuta; quando o terapeuta fornece descrição geral da importância dos comportamentos do cliente de realizar análises comportamentais básicas por si mesmo, percebendo como as variáveis interagem, e analisando as relações funcionais entre essas variáveis.

f) Terapeuta responde ao comportamento-problema do cliente que acontece fora da sessão (RO1): Esse código especifica o comportamento do terapeuta de comentar os comportamentos-problema do cliente que ocorrem fora da sessão. RO1s podem incluir respostas do terapeuta ao comportamento do cliente de evitar afetos negativos fora da sessão, bem como respostas do terapeuta a comportamentos do cliente que tenham como função evitar que o cliente acesse reforços sociais interpessoais importantes com outros fora da terapia.

g) Terapeuta provê reforço para as melhoras do cliente fora da sessão (RO2): Esse código especifica o comportamento do terapeuta de fornecer reforço verbal como resposta à descrições do cliente de comportamentos de melhora ocorridos fora da sessão de terapia. RO2s podem incluir a respostas do terapeuta para as descrições do cliente de comportamentos tais como não se engajar na prevenção de afeto negativo fora da sessão, e comportamentos que permitem que o cliente acesse reforçadores interpessoais importantes com outros fora da terapia.

h) Progresso positivo do terapeuta em sessão (TPR): Esse código especifica o comportamento do terapeuta de responder ou facilitar a fala do cliente sobre os problemas que tem em outros relacionamentos ou em outras situações fora da terapia, incluindo discussões sobre a lição de casa. Esse código é utilizado quando a resposta eficaz do terapeuta não pode ser codificada com um dos códigos específicos da FAP.

i) Terapeuta não responde/ perde CRB1 (M1): Esse código especifica o comportamento do terapeuta de não responder ou perder uma oportunidade para responder a um CRB1 (por exemplo, contar de histórias pelo cliente; mudar de tópico; comportamentos de esquiva do cliente). Esse código também especifica o comportamento do terapeuta de permitir que a discussão se afaste da relação terapêutica e de questões relevantes. Em outras palavras o terapeuta está passivo ou reforçando comportamentos-problema do cliente. Além disso, este código é atribuído quando o terapeuta não reconhece um CRB1 ou não da impressão evidente de reconhecimento, nem natural nem arbitrariamente. É utilizado sempre que ocorrer um CRB1 e o terapeuta não o tratar como comportamento-problema. O M1 não é utilizado somente se o terapeuta deixar claro que é útil deslocar a discussão para longe do repertório ineficaz do cliente na sessão, e este deslocamento não é arbitrário.

j) Terapeuta não responde/ perde/ interrompe um CRB2 (M2): Esse código especifica o comportamento do terapeuta de não reforçar efetivamente um CRB2 ou uma aproximação razoável a ele (natural ou arbitrariamente). Também especifica o comportamento do terapeuta de punir um CRB2 quando ele ocorre. Esse código é atribuído quando o terapeuta não

reconhece a ocorrência de um CRB2 ou não da impressão evidente de reconhecimento, nem natural nem arbitrariamente.

l) Terapeuta não responde a um CRB3 (M3): Esse código especifica o comportamento do terapeuta de perder uma oportunidade de reforçar um CRB3, ou quando usa a oportunidade para punir o responder do cliente quando este realiza ou se aproxima da descrição de variáveis importantes de controle. Este código também é atribuído quando o terapeuta perde a oportunidade de modelar um CRB3.

m) Comportamento ineficaz do terapeuta (IN): Esse código especifica a resposta ineficaz do terapeuta que não pode ser codificada com nenhum código específico da FAP. Incluem respostas do terapeuta claramente topográficas que não atingem a função desejada.

O presente estudo empregou a FAPRS para registrar todas as categorias previstas e elegeu as seguintes para a avaliação da relação terapêutica:

- 1) Comportamentos de cliente: O1, O2, CRB1, CRB2
- 2) Comportamentos de terapeuta: RO1, RO2, TCRB1, TCRB2

5. Sistema de Avaliação de Comportamentos-alvo do Cliente - SACC (Yano & Meyer, 2003, Yano, 2003, citado por Rocha, 2008)

O SACC é um instrumento que busca analisar de forma contínua tendências de comportamentos com base na observação clínica do terapeuta. A partir de relatos verbais do cliente, categorias de comportamento são criadas, as quais são pontuadas de 0 a 2 pelo terapeuta.

Para a elaboração da versão do instrumento utilizada neste estudo, foram construídos dois grupos de comportamento para análise.

- Comportamentos que mantêm a depressão, os quais deveriam ser modificados ao longo da terapia, e cuja frequência buscava-se reduzir.
- Comportamentos concorrentes com a depressão e que evidenciam melhora. Estes deveriam ser introduzidos no repertório do cliente, e sua frequência deveria aumentar ao longo do processo psicoterapêutico.

A partir da literatura analítico-comportamental sobre depressão, buscou-se identificar as principais características das pessoas ditas deprimidas. Foram então selecionados: 1) repertórios de fuga/esquiva; 2) baixa densidade de reforço social; 3) perda de interesse, motivação e prazer como resultantes de operações estabelecedoras ou supressoras; 4) comportamento sob controle de estímulos discriminativos relevantes (extinção ou punição), e de contato reduzido com ambiente atual (Dougher & Hackbert, 2003; Ferster, 1973; Kanter et al., 2008).

Com base nos dados fornecidos pela literatura, e nas observações clínicas realizadas durante a etapa preliminar de conceituação de caso do estudo, foram criados então os grupos do presente instrumento, de forma a operacionalizar os comportamentos de ambas as clientes.

O grupo dos comportamentos que mantêm a depressão é composto por dois subgrupos: 1) Comportamentos de fuga/esquiva do evento doloroso; 2) Responder a controle de estímulos relacionados com a perda do filho.

O grupo dos comportamentos concorrentes com a depressão é composto também por dois subgrupos: 1) Expressão verbal e não verbal de satisfação; 2) Interesse em atividades positivamente reforçadoras de interações interpessoais.

O sistema de pontuação deste instrumento varia de 0 a 2 pontos, de forma inversa para cada um dos grupos:

- a) Comportamentos que mantêm a depressão: 0 = melhor avaliação; 2 = pior avaliação.
- b) Comportamentos concorrentes com a depressão: 0 = pior avaliação; 2 = melhor avaliação.

Comportamentos que mantêm a depressão

Comportamentos de fuga/esquiva do evento doloroso

(2) *Vários*: Cliente apresenta durante mais da metade da sessão (ou relata ter apresentado por mais da metade da semana) choros, irritabilidade, queixas, pensamentos de morte, como forma de evitar estimulação aversiva. Fala compulsivamente sobre assuntos que não são foco da terapia, ou foge do assunto proposto pela terapeuta. Apresenta reclamações repetitivas sobre como se sente, cansaço, dores, doença, como forma de evitar estimulação aversiva.

(1) *Poucos*: Cliente apresenta durante menos da metade da sessão (ou relata ter apresentado por menos da metade da semana) choros, irritabilidade, queixas, pensamentos de morte, como forma de evitar estimulação aversiva. Fala sobre assuntos que não são foco da terapia, ou foge do assunto proposto pela terapeuta. Apresenta reclamações sobre como se sente, cansaço, dores, doença, como forma de evitar estimulação aversiva.

(0) *Nenhum*: Não apresenta durante a sessão (ou não relata ter apresentado durante a semana) choros, irritabilidade, queixas, pensamentos de morte, como forma de evitar estimulação aversiva. Não fala sobre assuntos que não são foco da terapia. Permaneceu em situações aversivas durante a sessão. Não apresenta reclamações sobre como se sente, cansaço, dores, doença, como forma de evitar estimulação aversiva.

Responder a controle de estímulos relacionados com a perda do filho

(2) *Responde excessivamente*: Cliente apresenta repertório de observação e descrição de contingências excessivamente sob controle de estímulos relacionados com as situações dolorosas, de perda do filho. Cliente não permanece sob controle das contingências atuais.

(1) *Responde*: Cliente apresenta repertório de observação e descrição de contingências sob controle de estímulos relacionados com as situações dolorosas, de perda do filho. Cliente permanece sob controle de algumas contingências atuais

(0) *Responde moderadamente:* Cliente apresenta repertório de observação e descrição de contingências moderadamente sob controle de estímulos relacionados com as situações dolorosas, de perda do filho. Cliente permanece sob controle das contingências atuais.

Comportamentos concorrentes com a depressão

Expressão verbal e não verbal de satisfação:

(0) *Nenhuma expressão:* Cliente não emite expressões verbais e/ou não verbais de satisfação em suas atividades ou em seus relacionamentos.

(1) *Uma expressão:* Cliente emite uma expressão verbal e/ou não verbal de satisfação com suas atividades, relacionamentos, etc.

(2) *Mais de uma expressão:* Cliente emite mais de uma expressão verbal e/ou não verbal de satisfação com suas atividades, relacionamentos, etc.

Interesse em atividades positivamente reforçadoras de interações interpessoais.

(0) *Nenhum interesse:* Cliente não relata ter se exposto às situações que envolvem relacionamentos interpessoais, seja com filho, namorado, marido, amigos. Faltou compromissos sociais. Emite relatos que não geram intimidade com a terapeuta, desmarcou a sessão. Não relata interesse por atividades novas.

(1) *Algum interesse:* Cliente apresenta um dos relatos seguintes: exposição à situação que envolve relacionamentos interpessoais, como reuniões, encontros familiares, ou com amigos. Tem momento de intimidade em relacionamentos, como conversas, expressão de afeto, sentimentos, ou interesse por outros. Apresenta relato que gera intimidade com a terapeuta. Iniciou alguma atividade nova.

(2) *Interesse:* Cliente apresenta mais de um dos seguintes relatos: exposição às situações que envolvem relacionamento interpessoal (família, amigos, namorado). Relata intimidade com outros, revelando conseqüências positivas reforçadoras. Apresenta relatos que geram intimidade com a terapeuta. Manteve exposição a atividades sociais novas com relatos de satisfação.

6. Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory – BDI"; Beck et al., 1961)

O Inventário de Depressão de Beck é provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais utilizada na área clínica, e na pesquisa, sendo que já foi traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países (Gorestein & Andrade, 1998).

O BDI é uma escala de auto-relato que consiste de 21 itens, cada um com quatro alternativas, com escores de 0 a 3, que subentendem graus de gravidade da depressão. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, insatisfação, sensação de culpa, punição, auto-aversão, auto-acusações, idéias suicidas, choro, irritabilidade, retraimento social, indecisão, mudança na auto-imagem, dificuldade para trabalhar, insônia, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas, perda da libido (Cunha, 2001).

A obtenção do escore final resulta da soma os escores individuais de cada item. O escore final permite a classificação da intensidade da depressão. Escores de 0 -11 sugerem níveis mínimos de depressão; 12-19 sugerem níveis de depressão leve; 20-35sugerem depressão moderada; e 36-63 sugerem depressão grave.

2.5. Procedimento

Etapa preliminar

2.5.1 Calibragem do instrumento

Foi realizado um estudo preliminar do instrumento FAPRS. Para compreender o processo necessário para sistematização de dados sobre a relação terapêutica, algumas fases foram percorridas. Inicialmente, foi realizado um estudo mais aprofundado de suas categorias, além de discussões a respeito de sua aplicação na área clínica comportamental (Freitas, Meurer, & Silveira, 2009).

Em uma etapa seguinte, no período de setembro a novembro de 2009, foi realizada a calibragem do instrumento por meio de uma interação simulada de uma sessão de aproximadamente 25 minutos, na mesma sala da clínica-escola em que foram realizadas as sessões do presente estudo, com equipamento similar e categorizadores treinados.

A sessão de calibragem foi transcrita e as respostas foram categorizadas por alunos de pós-graduação em Psicologia que cursavam uma disciplina cujo conteúdo programático era FAP e a escala FAPRS. Em um primeiro momento, sem o acompanhamento do vídeo, apenas com a transcrição, não houve concordância nas respostas. A categorização foi realizada então com o acompanhamento da filmagem, o que permitiu maior concordância entre os categorizadores. As normas do manual foram novamente discutidas e os pontos de ambigüidade no momento da classificação foram checados com base nas instruções do manual.

2.5.2 Treinamento dos categorizadores

O treino dos categorizadores foi realizado por meio de curso de extensão, no qual a escala foi apresentada e discutida, como foi realizado no estudo preliminar de Freitas, Meurer e Silveira (2009).

Um dos critérios adotados para a seleção dos categorizadores foi o conhecimento prévio sobre intervenções terapêuticas analítico-comportamentais, bem como sobre os procedimentos da FAP. Foram recrutados por meio de convite pessoal e apresentação da pesquisa para treinamento, quatro alunos do 5º ano do curso de psicologia da Universidade Federal do Paraná, que participavam de um grupo de supervisão com a orientadora deste estudo

O treinamento foi ministrado pela pesquisadora do presente estudo em conjunto com outra pesquisadora aluna do mestrado em Psicologia. A proposta do treinamento foi desenvolver habilidades de identificação de elementos relevantes da relação terapêutica, bem como a aprendizagem da aplicação da escala FAPRS de categorização de sessões psicoterapêuticas.

O grupo se reuniu semanalmente com as pesquisadoras que conduziram discussões a respeito da literatura da Psicoterapia Analítica Funcional, bem como de sua escala, a FAPRS.

A escala foi estudada de forma aprofundada e minuciosa, explorando cada uma de suas categorias e regras de aplicação. Foram apresentados também artigos que relatam a utilização da FAPRS com metodologia similar a do presente estudo.

Após, partiu-se para a parte prática, na qual duas sessões de uma interação entre uma terapeuta e uma cliente foram utilizadas para o treino de categorização. Essas sessões foram coletadas por meio de vídeo, na clínica-escola da Universidade Federal do Paraná, com a autorização da diáde, que foi informada dos objetivos da gravação. Os critérios éticos foram respeitados, sendo que terapeuta e cliente, além das pesquisadoras, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido criado para este propósito.

As sessões foram categorizadas pelas pesquisadoras. Durante o treinamento, o vídeo foi apresentado aos categorizadores em treino, juntamente com a transcrição da primeira sessão de terapia. As coordenadoras acompanharam o treino de categorização momento a momento, orientando, questionando categorias escolhidas e corrigindo falhas.

Foram realizados ao todo doze encontros de três horas: um para leitura de artigos, cinco para o estudo do manual da FAPRS e seis para categorização de sessões. No total foram 36 horas de treinamento.

A segunda sessão foi utilizada para o cálculo do índice de concordância entre observadores com a utilização do Coeficiente de Concordância conhecido como *kappa* (Cohen, 1960). As pesquisadoras categorizaram esta sessão para que servisse como gabarito a ser utilizado no cálculo do índice de concordância.

Esse coeficiente é indicado como confiável por corrigir as concordâncias que ocorrem ao acaso, em comparação com outros. Um coeficiente de *kappa* de 0.60, foi definido como nível mínimo aceitável de concordância entre categorizadores da FAPRS (Callaghan et al., 2008).

A Tabela 4 apresenta os índices de concordância dos categorizadores do presente estudo, frente ao gabarito feito pelas pesquisadoras.

Tabela 4 - Índice *kappa* de concordância dos categorizadores frente ao gabarito da segunda sessão de terapia utilizada no treinamento.

<i>Categorizador</i>	<i>Kappa</i>
Categorizador A	0.6674
Categorizador B	0.6952

Conforme observado na Tabela 4, os índices se mostraram satisfatórios para os critérios do treinamento e os categorizadores foram selecionados para o estudo.

Etapa1

2.5.3 Seleção dos Participantes

A partir de sessões de triagem realizadas pela pesquisadora na clínica-escola da Universidade Federal do Paraná, as duas clientes, Rita e Inês, foram selecionadas. Ambas cumpriram o primeiro critério estabelecido para a seleção, ou seja, apresentavam

comportamentos típicos do quadro denominado depressão, e foram chamadas para uma segunda entrevista.

A pesquisadora conversou separadamente com cada cliente sobre a pesquisa, procedimentos (gravações e sigilo) e sobre as sessões. Informou que não seria responsável pelos atendimentos psicoterapêuticos, mas com uma terapeuta especialmente selecionada para atendê-las. Esclareceu dúvidas e então as questionou sobre o interesse na participação.

Ambas as clientes concordaram em participar do estudo e então, o BDI foi aplicado. Foi explicado para elas que somente após aquele encontro seria possível saber se elas participariam do estudo, e foi garantido que seriam encaminhadas a outro terapeuta caso não viessem a participar. Rita apresentou depressão moderada de acordo com o que sugere o BDI, escore 25, enquanto Inês apresentou escore 36, que sugere depressão grave. Os escores apresentados pelas clientes foram compatíveis com segundo critério estabelecido pelo estudo e as duas clientes foram então selecionadas.

2.5.4 Aspectos éticos

Tanto as clientes, como a terapeuta, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo D) por meio do qual autorizaram a utilização dos dados que foram coletados durante o estudo. Além disso, os observadores que realizaram as categorizações das sessões também assinaram termos de compromisso e responsabilidade (Anexo E), no qual se comprometeram a manter o sigilo dos dados referentes à pesquisa.

Etapa 2

2.5.5 Delineamento

O delineamento adotado pelo presente estudo teve como objetivo a investigação do efeito da introdução de intervenções com foco na relação terapêutica sobre as categorias de

cliente da FAPRS, CRB1 e CRB2; O1 e O2, e sobre certos comportamentos críticos do quadro de depressão.

Para a investigação dos efeitos da introdução de intervenções com foco no aqui/agora, que privilegiaram resposta aos CRBs, optou-se por um delineamento experimental de sujeito único A-B. Portanto, empregou-se um delineamento experimental de base múltipla inter-sujeitos com duas fases: a Fase A de linha de base e a Fase B, de intervenção.

Foi denominada Fase A/Linha de base, a condição na qual foram realizadas apenas intervenções sem foco no aqui/agora, por exemplo, as que enfocaram os Os; e Fase B, a condição na qual foram introduzidas as intervenções com foco no aqui/agora, respondendo aos CRBs, tendo sido mantidas também as respostas aos Os.

O delineamento do presente estudo previu que a terapeuta não respondesse aos CRBs das duas clientes durante a Fase A/linha de base, podendo responder livremente aos Os para ambas. Previu ainda, que durante a Fase B da cliente Rita, a terapeuta introduzisse as intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando respostas aos CRBs e permanecesse sem tais intervenções para a cliente Inês. Por último, previu que durante a Fase B da cliente Inês, a terapeuta passasse então, a apresentar intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando respostas aos CRBs, mantendo o tratamento também para Rita.

Além disso, a terapeuta deveria responder aos comportamentos-problemas e às melhoras clínicas das clientes que ocorressem fora da sessão (O1 e O2) durante todas as fases do delineamento.

As hipóteses levantadas pelo estudo foram as seguintes:

- 1) Diminuição da frequência de O1 ao longo das sessões e aumento da frequência de O2, tanto para a cliente Rita, como para a cliente Inês;
- 2) As frequências de CRB alcançariam a estabilidade durante a Fase A de linha de base.⁴

⁴ Por ser difícil estimar a frequência da ocorrência das categorias específicas da FAP para as duas díades antes do início do delineamento, pareceu razoável que, a partir da inspeção visual, fosse aceito como critério para a estabilidade, a tendência favorável à introdução da intervenção nas três medidas anteriores à 8ª sessão, ou que o valor destas medidas não variasse acima da metade da maior medida do intervalo (sessões cinco, seis e sete).

- 3) A partir da Fase B de Rita, eram esperadas mudanças nas frequências de CRB da cliente Rita. Nesta mesma fase, as frequências de CRB da cliente Inês deveriam continuar estáveis;
- 4) A partir da Fase B da cliente Inês, eram esperadas mudanças nas frequências de CRB da cliente Inês. Nesta última fase ainda, as frequências de CRB da cliente Rita deveriam manter a mesma tendência da Fase B para Rita.

Etapas preliminares para conceituação de caso

As conceituações de caso foram elaboradas pela terapeuta durante as três primeiras sessões de atendimento com as clientes, tendo como objetivo principal a avaliação, delineamento da história de vida do cliente, e conceituação do caso (levantamento dos comportamentos importantes para a terapia - CRBs e Os).

A terapeuta foi instruída a modificar as conceituações durante o estudo, à medida que percebesse tal necessidade, conforme novos comportamentos-alvo de modificação fossem identificados e melhoras fossem estabelecidas.

Tais modificações, além de guiar a terapeuta em suas intervenções, tiveram a função de manter os categorizadores atualizados sobre alterações na compreensão da função das respostas que iriam categorizar. Sempre que a terapeuta modificou as conceituações, as mesmas foram passadas aos categorizadores na mesma semana.

O modelo de conceituação de caso em FAP adotado no presente estudo contemplou os comportamentos-problema que ocorreram fora da sessão (O1); comportamentos de melhora de fora da sessão (O2), comportamentos clinicamente relevantes CRB1 e CRB2, e comportamentos-problema do terapeuta (T1) e de comportamentos a serem buscados pelo terapeuta (T2). Não houve emissão de comportamentos clinicamente relevantes 3 (CRB3) pelas clientes do estudo. Portanto, esta categoria não se encontra presente nas conceituações de caso.

As sessões desta fase foram gravadas com finalidade de registro, porém, não foram transcritas nem categorizadas.

Fase A/Linha de base

A Fase A/linha de base representou o início do delineamento experimental, e a condição na qual a terapeuta realizaria intervenções sem foco na relação terapêutica com as clientes. A terapeuta responderia livremente aos comportamentos-problema (O1) e às melhoras clínicas (O2) das clientes que ocorressem fora da sessão (RO1 e RO2), mas não responderia aos CRBs observados na sessão.

As intervenções baseadas nos procedimentos da Psicoterapia Analítica Funcional não deveriam ser utilizadas, independente das emissões de CRB pelas clientes.

O número de sessões para a Fase A/Linha de base foi de quatro sessões para a cliente Rita e oito sessões para a cliente Inês.

As sessões foram transcritas e impressas. As categorizações das falas de terapeuta e clientes foram realizadas semanalmente, logo após a ocorrência de cada sessão, com a utilização da FAPRS.

Fase B – Introdução do tratamento com foco no aqui/agora, privilegiando respostas aos CRBs

A Fase B consistiu na condição em que a terapeuta passou a realizar intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando respostas aos CRBs. A terapeuta foi instruída a responder de forma contingente aos comportamentos clinicamente relevantes 1 e 2 (o que seria categorizado como TCRB1 e TCRB2).

Além de modelar os comportamentos que ocorrem em sessão, como indicam as intervenções baseadas nos procedimentos da Psicoterapia Analítica Funcional, a terapeuta deveria seguir realizando intervenções sobre os comportamentos que ocorriam fora da relação terapêutica (O1 e O2).

O tratamento com foco no aqui/agora, privilegiando respostas aos CRBs foi introduzido na sessão oito com a cliente Rita, e na sessão doze com a cliente Inês.

Foram realizadas na Fase B, nove sessões com a cliente Rita e cinco sessões com a cliente Inês. As mesmas foram gravadas áudio-visualmente e transcritas. De forma semelhante à Fase A/Linha de base, as categorizações das falas de terapeuta e clientes foram realizadas semanalmente, logo após a ocorrência de cada sessão, com a utilização da FAPRS.

Optou-se pela introdução da Fase B de tratamento na oitava sessão para a cliente Rita, pois, ainda que as medidas de todas as categorias durante Fase A não estivessem estáveis, as intervenções sem foco na relação terapêutica não estavam sendo produtivas para seu tratamento.

A relação terapêutica estava sendo afetada pelo padrão de comportamento apresentado pela cliente em sessão, de modo que a terapeuta considerou a necessidade de iniciar as intervenções com foco na relação terapêutica. Avaliou-se a chance de Rita desistir do tratamento, e de a relação terapêutica perder a função reforçadora necessária para as intervenções.

Avaliou-se também que a cliente Inês poderia aguardar um pouco mais, pois estava respondendo bem às intervenções sem foco no aqui/agora.

Re-aplicação do BDI após as sessões nº 16 de Rita e Inês

Ao final das sessões previstas no delineamento, as clientes se encontraram novamente com a pesquisadora para responder ao BDI.

Foram também informadas sobre as possibilidades para a continuidade da terapia, com outra terapeuta (pesquisadora), ou na clínica-escola da Universidade Federal do Paraná.

2.5.6 Coleta e Análise dos dados

Sessões

As sessões de coleta de dados tiveram aproximadamente 50 minutos cada e ocorreram uma vez por semana. Foram registradas por meio de gravação em vídeo e áudio. Cada sessão foi registrada pela terapeuta por meio do protocolo de registro das sessões de atendimento (Anexo A).

A cliente Rita compareceu às quatro sessões propostas para a Fase A/linha de base. A cliente Inês compareceu em seis das oito sessões propostas na Fase A/linha de base do presente delineamento. A Fase B, de introdução do tratamento, propôs nove sessões para a cliente Rita, das quais a cliente se ausentou em uma, e cinco sessões para a cliente Inês, que compareceu a todas.

A Tabela 5 indica o total de sessões e faltas de cada cliente nas fases do delineamento.

Tabela 5 – Total de sessões e de faltas de cada cliente nas fases do delineamento.

Rita	Etapa preliminar de conceituação de caso (3 sessões)	Fase A/Linha de base (4 sessões)	Fase B (9 sessões) 1 falta	Total 16 sessões 15 presenças 1 falta
Inês	Etapa preliminar de conceituação de caso (3 sessões)	Fase A/Linha de base (8 sessões) 2 faltas	Fase B (5 sessões)	Total 16 sessões 14 presenças 2 faltas

Supervisões

As supervisões foram realizadas semanalmente para que as condições de linha de base e tratamento fossem ser mantidas na conduta da terapeuta. A terapeuta discutiu os temas abordados na sessão relacionados com os comportamentos tidos como padrão em quadros de depressão. Além disso, a terapeuta relatou CRBs e Os emitidos pelas clientes a cada sessão, bem como a consequenciação fornecida por ela aos mesmos. Por fim, coube à terapeuta, relato de dificuldades encontradas durante a sessão, e planejamento de intervenção para próxima sessão.

À supervisora coube o auxílio à terapeuta para a compreensão sobre os CRBs e Os, e sobre como proceder em relação a eles. Foi papel da supervisora também recomendar para a terapeuta intervenções com e sem foco no aqui/agora da relação terapêutica. A cada supervisão, o protocolo de supervisão (Anexo B) foi preenchido pela supervisora.

As supervisões fundamentaram a decisão para a introdução da fase de tratamento na oitava sessão para a cliente Rita, enquanto a cliente Inês aguardaria, como já foi descrito anteriormente.

Transcrição de sessões

Os 20 minutos centrais de cada sessão de psicoterapia foram transcritos para análise. Portanto, dos 50 minutos de sessão, os 15 primeiros e 15 finais foram descartados.

Cada sessão transcrita foi dividida em falas de terapeuta e cliente, com o intuito de sistematizar e analisar a função dos comportamentos de cada um da díade durante a sessão, segundo a FAPRS. Cada fala foi categorizada separadamente de acordo com sua função na relação terapêutica. As sessões foram transcritas e entregues aos categorizadores semanalmente.

Categorização de sessões

As sessões foram categorizadas semanalmente. Os vinte minutos centrais das sessões de cada cliente foram categorizados em um mesmo encontro de aproximadamente duas horas.

A categorização foi realizada a partir da leitura das transcrições e acompanhamento da gravação da sessão em vídeo. Os trechos categorizados foram assistidos uma vez na íntegra, e em seguida, as partes foram retomadas. Os categorizadores decidiram por uma categoria para cada fala de terapeuta e cliente e, em seguida, compararam as categorias atribuídas. Na eventual ocorrência de discrepâncias, os categorizadores foram instruídos a chegar a um consenso.

Análise de dados

Foi criado um banco de dados para a organização das informações obtidas por meio das categorizações das sessões de terapia.

Foram analisadas as frequências das categorias obtidas por meio da utilização da FAPRS, e dos comportamentos relacionados com padrões descritos em quadros de depressão com a utilização do SACC. Além disso, foram comparados os escores do BDI antes do início do delineamento e após a sessão de sesses do delineamento.

Por meio da inspeção visual de gráficos, análises foram feitas antes e após a introdução do tratamento com foco no aqui/agora, privilegiando respostas aos CRBs.

3. Resultados

Os dados apresentado nesta seção foram obtidos por meio da análise de vinte e nove sessões de interações entre a terapeuta e as duas clientes participantes do presente estudo, sendo quinze sessões com a cliente Rita e quatorze sessões com a cliente Inês.

Foram categorizadas 2177 falas de terapeuta e clientes, sendo 857 nas sessões com a cliente Rita (T= 430 e C=427) e 1320 nas sessões com a cliente Inês (T=662 e C=658).

Os resultados serão apresentados respeitando a seguinte sequência: 1) apresentação das conceituações de caso; 2) dados obtidos por meio da categorização das sessões a partir da FAPRS; 3) dados obtidos com a utilização do SACC; 4) Níveis e escores totais do BDI.

3.1 Conceituações de Caso

As versões finais das conceituações de caso das clientes Rita e Inês serão apresentadas a seguir.

A fim de promover uma conceituação do caso, a terapeuta apresentou para a pesquisadora e para os categorizadores diferentes classes de resposta para cada uma das categorias referentes ao cliente na FAPRS, e forneceu exemplos de respostas importantes das clientes para facilitar o entendimento pelos categorizadores.

As seguintes categorias, já definidas no método, foram indicadas pela terapeuta para a formulação do caso: O1, O2, CRB1 e CRB2, bem como T1 e T2.

3.1.1 Conceituação de caso clínico da cliente Rita

As tabelas 6, 7, 8, 9, 10 e 11 indicam a conceituação feita pela terapeuta para o caso da cliente Rita.

Tabela 6 – Comportamentos da cliente Rita especificados pela terapeuta como O1

O1	<ul style="list-style-type: none"> • Manter múltiplas atividades na rotina (vários cursos e compromissos). • Falar pouco da morte da filha com pessoas à sua volta, e quando fala, faz isso com ausência de emoção. • Evitar tatear eventos privados.
A. Esquiva da estimulação aversiva condicionada relacionada à morte da filha	
B. Comportamentos de dependência (ausência de responsabilização por aspectos da sua vida).	<ul style="list-style-type: none"> • Manter sua desorganização financeira. • Morar com pais. • Permitir que sua mãe cuide das suas roupas e das do filho. • Deixar que pais decidam aspectos importantes da sua vida. • Manter-se “adolescente” - superficialidade na fala, ênfase em histórias de “aventuras”.
Dificuldade de relacionamento interpessoal	
C. Repertório inadequado na relação com o filho / Comportamentos Evitativos da Função Materna	<ul style="list-style-type: none"> • Expressar inadequadamente sentimentos na relação com o filho. • Deixar de acolher tentativas do filho de aproximação. • Agir de modo coercitivo quando filho relata problemas com pai. • Perceber pouco a inadequação de seu repertório para educar o filho. • Delegar à mãe e ao pai funções importantes de cuidado com filho.
D. Repertório inadequado na relação com a mãe	<ul style="list-style-type: none"> • Dizer que a mãe a critica o tempo todo, e, diz que, por sentir-se criticada, deixa de falar/fazer coisas importantes. • Ficar fora de casa a maior parte do tempo, evitando enfrentar sua mãe. • Permitir que sua mãe a desqualifique; (contra-controle ineficaz); • Evitar tatear eventos privados produzidos na relação com a mãe.
E. Repertório inadequado ao relacionar-se com ex-marido	<ul style="list-style-type: none"> • Inassertividade para cobrar a pensão (que acha pouca e que o ex-marido não paga). • Sentir raiva do ex-marido e expressá-la na relação com o filho (Ex: falar mal do pai ao filho, criticar o filho por ter afeto pelo pai). • Falar de acontecimentos/fatos desagradáveis da relação com o ex-marido com outras pessoas. (Ex: Falar mal do ex-marido para outras pessoas da família dele). • Achar que deve “ficar quieta”, “engolir”, “deixar o outro falando sozinho”, como forma de enfrentar esse problema.
F. Repertório inadequado na relação com o namorado.	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar detalhes da vida do namorado. • Tomar decisões por ele. • Fazer namorado abrir mão de aspectos importantes de sua vida para que ela não se sinta insegura com ciúmes.

Tabela 7 - Comportamentos da cliente Rita especificados pela terapeuta como CRB1

CRB1 A. Esquiva experiencial	<ul style="list-style-type: none"> Falar pouco da morte de A. na relação com a terapeuta. Emitir relatos de eventos cotidianos, relatos esses detalhados, porém ausentes de tato de eventos privados.
B. Comportamentos de dependência (ausência de responsabilização por aspectos da sua vida).	<ul style="list-style-type: none"> Não responsabilizar-se por aspectos importantes da sua vida na relação com a terapeuta (ex: na relação atribuir causas externas, ou à outras pessoas por atrasar-se, perder a carteirinha).
Dificuldades de Relacionamento Interpessoal:	
C. Repertório inadequado na relação com a terapeuta.	<ul style="list-style-type: none"> Pouca sensibilidade às reações da terapeuta aos seus comportamentos. (Ex: Não reage diante de desaprovações e nem sequer parece notar o aborrecimento da terapeuta, não dá tempo para a terapeuta falar). Relatar de aspectos que não têm ligação com o tema em questão. Dificuldade de manter relação íntima com a terapeuta. Evitar comprometer-se na relação com a terapeuta. Interagir com a terapeuta de maneira superficial. Baixa frequência de fatos de eventos privados na relação com a terapeuta. Dificuldade para expressar a raiva na relação com a terapeuta.

Tabela 8 – Comportamentos da cliente Rita especificados pela terapeuta como O2.

O2 A. Aceitação e vivência adequada da dor da perda da filha.	<ul style="list-style-type: none"> • Manter tempo livre e de lazer. • Entrar em contato, quando necessário, com a dor da morte de A. com pessoas à sua volta. • Exercer sua função materna com AI. • Vivenciar situação de vida similar à que vivenciava na época da perda (morar sozinha, casar, ser responsável) • Alta frequência de atos de eventos privados.
B Comportamentos de independência e responsabilidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Tornar-se independente dos pais. • Responsabilizar-se por aspectos importantes de sua vida (financeiro, cuidar das próprias roupas, morar sozinha, ser responsável, cuidar do filho, casar-se). • Decidir aspectos importantes da sua vida. • Falar de assuntos menos superficiais, mais relevantes e com aprofundamento.
Dificuldades de Relacionamento Interpessoal:	
C. Repertório adequado na relação com o filho	<ul style="list-style-type: none"> • Ficar sensível às necessidades do filho (ouvi-lo, atender seus pedidos ou explicar porque não os atenderia). • Expressar adequadamente sentimentos na relação com o filho. • Acolher tentativas do filho de aproximação. • Acolher relatos de problemas do filho com pai. • Observar seus repertórios adequados e inadequados com filho. • Assumir funções importantes de cuidado com filho.
D. Repertório adequado na relação com a mãe	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber que o padrão comportamental de sua mãe é inadequado; • Desenvolver contra-controle eficaz do comportamento da mãe; • Tatear eventos privados produzidos nessa interação.
E. Repertório adequado ao relacionar-se com ex-marido	<ul style="list-style-type: none"> • Cobrar de maneira eficaz a pensão do ex-marido • Evitar expressar a raiva na relação com o filho. • Falar de acontecimentos/fatos desagradáveis da relação com o ex-marido com pessoas íntimas. • Perceber que há maneiras eficazes para lidar com essa situação.
F. Repertório adequado na relação com o namorado.	<ul style="list-style-type: none"> • Deixar que o namorado decida aspectos da vida dele • Aceitar e manejar seu ciúme.

Tabela 9 - Comportamentos da cliente Rita especificados pela terapeuta como CRB2.

CRB2	
A. Vivencia da dor da perda da filha	<ul style="list-style-type: none"> Falar da morte de AM. na relação com a terapeuta. Tatos de eventos privados relativos à morte de AM na relação com a terapeuta.
B. Comportamentos de independência e responsabilidade	<ul style="list-style-type: none"> Responsabilizar-se por aspectos importantes da sua vida na relação com a terapeuta.
Dificuldades de Relacionamento Interpessoal:	
C. Repertório adequado na relação com a terapeuta.	<ul style="list-style-type: none"> Estar sensível aos comportamentos da terapeuta. Ouvir a terapeuta. Fazer relatos menos superficiais e com maior presença de fatos de eventos privados e/ou conectados com o tema da sessão. Estabelecer relação íntima com a terapeuta. Comprometer-se na relação com a terapeuta. Tatear eventos privados na relação com a terapeuta. Falar da raiva na relação com a terapeuta.

Tabela 10 - Comportamentos da terapeuta na interação com a cliente Rita especificados por T1.

T1	
A. Dificuldade em promover aceitação da morte.	<ul style="list-style-type: none"> Dificultar relato da dor e sofrimento advindos da morte. Evitar (esquivar ou fugir) o tema morte.
B. Reforçar comportamento dependente.	<ul style="list-style-type: none"> Responsabilizar-se em excesso por aspectos da terapia. Deixar de reforçar diferencialmente relatos mais profundos, menos superficiais.
C. Dificuldade em promover repertório interpessoal adequado.	<ul style="list-style-type: none"> Tornar-se audiência punitiva para relatos de interações inadequadas. Proporcionar de modo ineficaz a discriminação de repertório materno inadequado.

Tabela 11 - Comportamentos da terapeuta na interação com a cliente Rita especificados por T2.

T2	
A. Promover aceitação da morte.	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar relato da dor e sofrimento advindos da morte. Enfrentar o tema morte.
B. Reforçar comportamento independente	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar momentos em que a cliente responsabiliza-se por operantes seus na terapia. Reforçar diferencialmente relatos mais profundos, menos superficiais.
C. Promover repertório interpessoal adequado.	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar estabelecimento de relação íntima e próxima na terapia. Tornar-se modelo para a promoção de repertório interpessoal mais adequado. Proporcionar discriminação de repertório materno inadequado.

3.1.2 Conceituação de caso clínico da cliente Inês

As tabelas 12, 13, 14, 15,16 e 17 indicam a conceituação feita pela terapeuta para o caso da cliente Inês.

Tabela 12 – Comportamentos da cliente Inês especificados pela terapeuta como O1

O1	
A. Baixa frequência de variabilidade comportamental	<ul style="list-style-type: none"> • Ficar em casa a maior parte do tempo • Envolver-se com atividades rotineiras da casa. • Manter ambiente social restrito ao tema luto. • Poucas atividades reforçadoras (apenas as ligadas ao neto)
B. Comportamentos encobertos de culpa	Relatos de: <ul style="list-style-type: none"> • Sentir-se frequentemente culpada pela morte do filho. • Pensamento recorrente de que não foi boa mãe. • Pensar, com alta frequência, o que poderia ter feito diferente. • Pensar que errou na educação do filho (reviver erros). • Agir como se todos os operantes fossem de responsabilidade dela.
C. Comportamentos evitativos de envolvimento e comprometimento.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar conversar com o filho. • Evitar emitir opiniões sobre a vida do filho. • Evitar envolver-se em questões importantes da educação do neto.
D. Comportamentos encobertos de desesperança e incontrolabilidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Relatar sentimento de que nada mais faz e nem fará sentido. • Achar que não há sentido para continuar viva. • Sentir que nada do que faz pode evitar coisas ruins na vida.
E. Comportamentos “ansiosos”.	<ul style="list-style-type: none"> • Ficar na vigília enquanto o filho (que continua vivo) não chega a casa. • Ligar constantemente para o neto. • Pensar recorrentemente que algo dará errado.
F. Aceitação da morte do filho.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar falar do filho com pessoas íntimas, isolar-se. • Expressar inadequadamente o sofrimento e a dor advindos da morte do filho. • Omitir do neto a causa da morte do filho.

Tabela 13 - Comportamentos da cliente Inês especificados pela terapeuta como CRB1

CRB1 A. Baixa frequência de variabilidade comportamental	<ul style="list-style-type: none"> Falar sempre do mesmo tema, da mesma maneira triste (Baixa variabilidade comportamental na interação com a terapeuta)
B. Comportamentos encobertos de culpa	<ul style="list-style-type: none"> Demonstrar culpa excessiva na relação com a terapeuta (por chegar atrasada, por esquecer cartão) Agir como se quase tudo fosse de responsabilidade dela (assumir a responsabilidade por quase tudo na terapia). Ex: ligar para confirmar o horário.
C. Comportamentos evitativos de envolvimento e comprometimento	<ul style="list-style-type: none"> Evitar envolvimento com a terapeuta.
D. Comportamentos encobertos de desesperança e incontrolabilidade.	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar desesperança em relação à relação terapêutica.
E. Comportamentos “ansiosos”.	<ul style="list-style-type: none"> Demonstrar ansiedade durante a sessão, na relação com a terapeuta (ex: relato de preocupação com a vigilante que fica armada, do perigo que representa para a terapeuta).
F. Aceitação da morte do filho.	<ul style="list-style-type: none"> Evitar falar do filho na relação terapêutica. Expressar de modo inadequado o sofrimento e a dor advindos da morte do filho na relação com terapeuta.

Tabela 14 – Comportamentos da cliente Inês especificados pela terapeuta como O2

O2 A. Aumentar frequência de variabilidade comportamental.	<ul style="list-style-type: none"> Frequentar outros ambientes sociais; Voltar a trabalhar; Buscar outras atividades reforçadoras (artesanato, culinária, voluntariado).
B. Diminuir intensidade e frequência do sentimento de culpa	<ul style="list-style-type: none"> Aceitar própria incapacidade de agir na morte do filho. Responsabilizar quem realmente foi culpado pela morte do filho. Aceitação da incontrolabilidade sobre eventos ruins ao longo da vida. Ressignificar o que é ser “boa mãe” (não implica na tarefa impossível de proteger os filhos para sempre).
C. Comportamentos de envolvimento e comprometimento	<ul style="list-style-type: none"> Envolver-se na vida do filho B. Comprometer-se na educação do neto C.
D. Comportamentos encobertos de esperança e aceitação da incontrolabilidade.	<ul style="list-style-type: none"> Demonstrar esperança na vida, apesar da tristeza de ter perdido o filho V. Continuar a fazer coisas, apesar de saber que não tem controle sobre muitos eventos.
E. Maior discriminação e controle sobre comportamentos “ansiosos”.	<ul style="list-style-type: none"> Ligar menos para o neto. Relaxar, mesmo quando o filho está fora de casa. Discriminar que ansiedade é relativa a eventos passados, e não “premonição” do presente. Maior controle sobre reações fisiológicas de ansiedade.
F. Aceitação da morte do filho.	<ul style="list-style-type: none"> Falar do filho com pessoas íntimas, compartilhar a tristeza. Expressar de modo adequado o sofrimento e a dor advindos da morte do filho. Conversar com o neto a causa da morte do filho.

Tabela 15 - Comportamentos da cliente Inês especificados pela terapeuta como CRB2

CRB 2 A. Aumentar frequência de variabilidade comportamental.	<ul style="list-style-type: none"> • Interagir com a terapeuta de outras formas (sair do tema único, da fala baixa). • Compartilhar na relação terapêutica aspectos positivos e divertidos da vida.
B. Diminuir intensidade e frequência do sentimento de culpa	<ul style="list-style-type: none"> • Deixar de responsabilizar-se por aspectos que não são de sua responsabilidade na terapia. • Expressar menos culpa por eventualidades (chegar atrasada, esquecer cartão).
C. Comportamentos de envolvimento e comprometimento	<ul style="list-style-type: none"> • Envolver-se intimamente com a terapeuta.
D. Comportamentos encobertos de esperança e aceitação da incontrolabilidade.	<ul style="list-style-type: none"> • Relatar esperança em relação à terapia e na relação com a terapeuta.
E. Maior discriminação e controle sobre comportamentos “ansiosos”.	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar controle sobre pensamentos ansiosos sobre a relação terapêutica.
F. Aceitação da morte do filho.	<ul style="list-style-type: none"> • Expressar na relação com a terapeuta o sofrimento advindo da morte do filho.

Tabela 16 - Comportamentos da terapeuta na interação com a cliente Inês especificados por T1.

T1 A. Dificuldade em promover variabilidade comportamental	<ul style="list-style-type: none"> • Não reforçar adequadamente a busca por novas atividades • Punir o relato de dificuldades encontradas na busca por mudanças.
B. Dificuldade do manejo do sentimento de culpa.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovar verbalizações que atribuem a culpa à Inês. • Assumir na relação terapêutica a culpa de aspectos que não são seus.
C. Evitar o envolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Deixar expressar sentimentos. • Deixar de se expor intimamente.
D. Evitar o sofrimento da morte	<ul style="list-style-type: none"> • Esquivar-se ou fugir do tema morte; • Dificultar o relato da dor e do sofrimento

Tabela 17 - Comportamentos da terapeuta na interação com a cliente Inês especificados por T2.

T2	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar adequadamente busca por novas atividades • Acolher as dificuldades encontradas na busca por mudanças.
A. Promover variabilidade comportamental	
B. Facilitar manejo do sentimento de culpa.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar na relação terapêutica atribuições de culpa inadequadas.
C. Envolver-se e comprometer-se	<ul style="list-style-type: none"> • Expressar sentimentos. • Expor-se intimamente.
D. Facilitar a aceitação da morte	<ul style="list-style-type: none"> • Manter exposições da cliente ao tema morte; • Facilitar o relato da dor e do sofrimento

3.2 Categorização das falas em cada sessão conforme a FAPRS

As medidas a seguir foram apresentadas por grupos de categoria de cliente e terapeuta, respeitando a seguinte ordem: O1 e RO1, O2 e RO2, CRB1 e TCRB1; e por fim, CRB2 e TCRB2.

Para todas as categorias foram calculadas a frequência relativa da categoria por sessão, e a média da frequência relativa da categoria por fase do delineamento. As frequências relativas foram calculadas por meio da divisão do número de vezes que a categoria foi emitida na sessão, pelo número total de falas da cliente na sessão. As médias foram calculadas por meio da soma das frequências relativas da categoria em cada fase, dividida pelo total de sessões da fase.

O1 e RO1

A Figura 1 apresenta a frequência relativa da categoria O1 para as clientes Rita e Inês nas duas fases do delineamento.

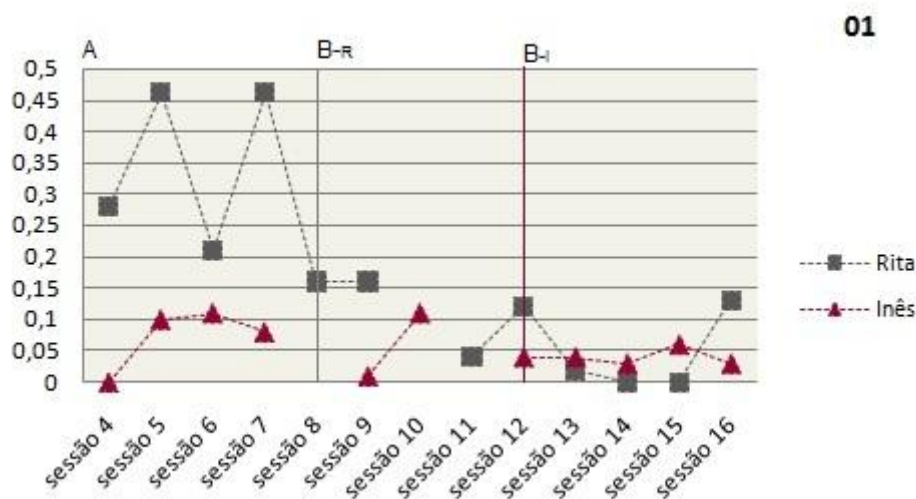


Figura 1. Frequência relativa da categoria O1, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes. Fases experimentais: A= linha de base, B-R= introdução da FAP para cliente Rita, B-I= introdução da FAP para cliente Inês.

Na Figura 1, observa-se que a cliente Rita apresentou frequência alta de O1 nas sessões iniciais do delineamento, especialmente nas sessões cinco e sete nas quais a medida foi de 0,46. Nas outras sessões da Fase A, os valores foram mais baixos (sessão quatro – 0,28; sessão seis – 0,21), mas ainda podem ser considerados altos em comparação com as frequências das sessões de outras fases do delineamento.

A partir da introdução da Fase B para a cliente Rita, a frequência dos comportamentos-problema de fora da sessão começou a diminuir na sessão oito (0,16) e permaneceu inalterada na sessão nove. Diminuiu novamente na sessão onze (0,04), elevou-se na sessão doze (0,12) e decresceu na sessão treze (0,02), chegando à zero nas sessões quatorze e quinze. Na última sessão do delineamento a frequência voltou a elevar-se (0,13).

Com relação à cliente Inês, a Figura 1 mostra que na Fase A do delineamento a frequência de O1 iniciou nula na sessão quatro, e aumentou a partir da sessão cinco (0,1) mantendo-se relativamente estável na sessão seis (0,11) e diminuiu na sessão sete (0,08).

Na sessão nove a frequência de O1 volta a ser nula. Em seguida, há um retorno às medidas anteriores na sessão dez (0,11).

A partir da introdução da Fase B, a cliente Inês apresenta frequência mais baixa de O1 em todas as sessões que seguem (sessão doze e treze – 0,04; sessão quatorze – 0,03; sessão quinze – 0,06; sessão dezesseis – 0,03).

A Figura 2 apresenta a média da frequência relativa da categoria O1, de ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento.

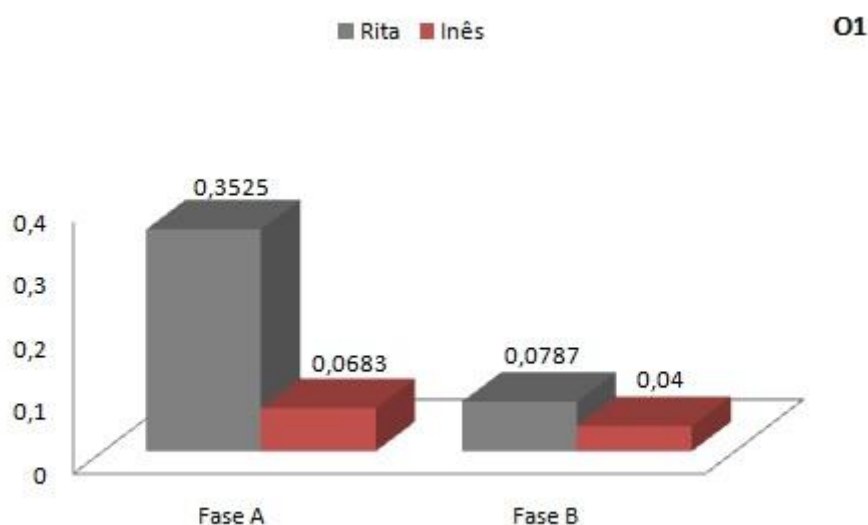


Figura 2. Média da frequência relativa da categoria O1, nas fases A e B do delineamento experimental, de ambas as clientes.

Na Figura 2, observa-se que a cliente Rita apresentou, durante a Fase A do delineamento, média da frequência relativa de O1 de 0,3525. Na Fase B, a cliente apresentou medida mais baixa em relação à fase anterior (0,0787).

Conforme a Figura 2, a cliente Inês apresentou, na Fase A, a média da frequência relativa de O1 de 0,0683. A medida foi mais baixa na Fase B do delineamento (0,04).

A observação das Figuras 1 e 2 indica ainda que ao final do delineamento tanto a cliente Rita como a cliente Inês apresentaram menor frequência para a categoria O1, considerando as fases A e B.

A Figura 3 apresenta a categoria da terapeuta RO1 que ocorreu em resposta aos O1.

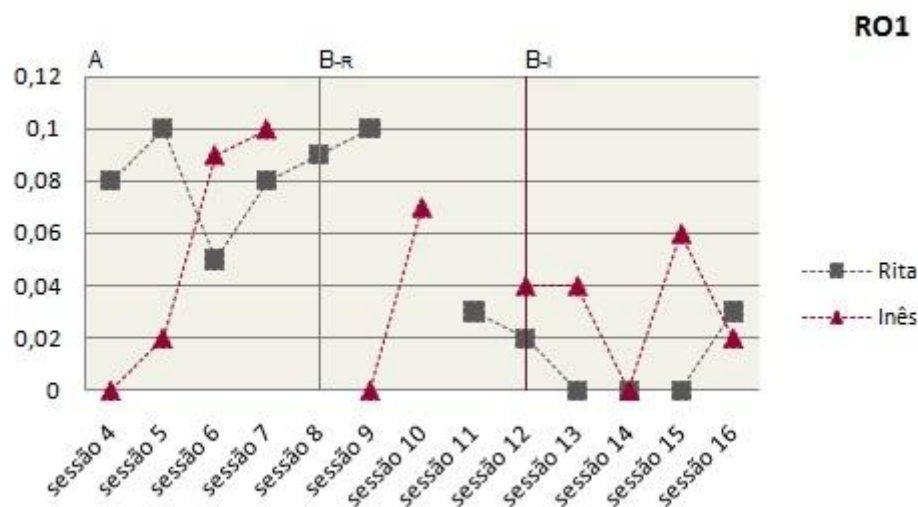


Figura 3. Frequência relativa da categoria RO1, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.

Na Figura 3, observa-se que durante a Fase A, a terapeuta apresentou frequência elevada de RO1 nas interações com a cliente Rita, em comparação com outras sessões do delineamento (sessão quatro – 0,08; sessão cinco – 0,1; sessão seis – 0,05; sessão sete – 0,08).

No início da Fase B com esta cliente, a frequência de RO1 continuou alta nas sessões oito (0,09) e nove (0,1). As medidas reduzem a partir da sessão onze (0,03), seguem baixas na sessão doze (0,02) e diminuem para zero nas sessões treze, quatorze e quinze. Na última sessão do delineamento a frequência de RO1 aumenta, porém permanece com valor baixo (0,03).

A Figura 3 indica que, nas interações com a cliente Inês durante a Fase A, a frequência de RO1 foi nula na sessão quatro (visto que não houve oportunidade para o responder da terapeuta). Na sessão cinco a frequência continua baixa (0,02), porém a terapeuta apresenta medidas mais altas de RO1 nas sessões seis (0,09) e sete (0,1).

Na sessão nove a frequência de RO1 volta a ser nula e aumenta novamente na sessão dez (0,07).

Durante a Fase B com a cliente Inês, a frequência de RO1 diminuiu nas sessões doze e treze (0,04), foi nula na sessão quatorze, aumentou na sessão quinze (0,06) e diminuiu novamente na sessão dezesseis (0,02).

A Figura 4 apresenta a média da frequência relativa da categoria RO1, nas interações com ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento.

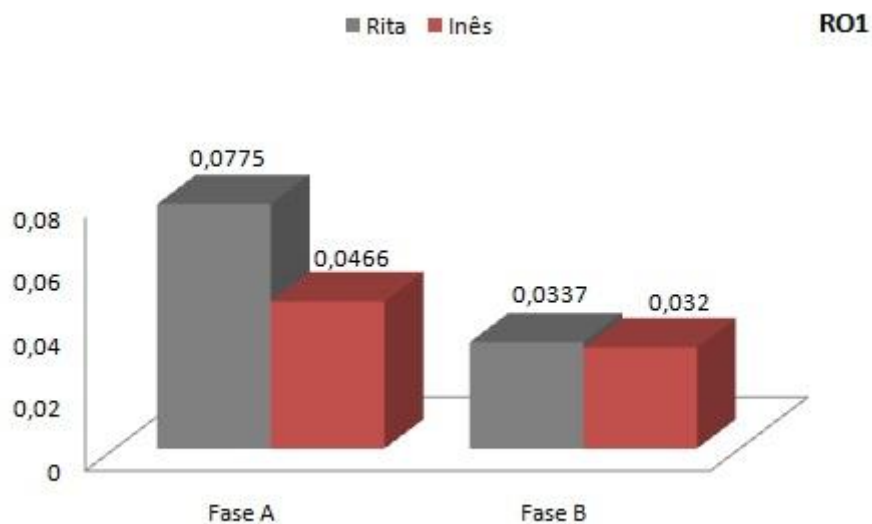


Figura 4. Média da frequência relativa da categoria RO1, nas fases A e B do delineamento experimental, nas interações com ambas as clientes.

Conforme a Figura 4 indica, a média da frequência relativa da categoria RO1 nas interações com a cliente Rita foi de 0,0775 na Fase A e de 0,0337 na Fase B do delineamento.

Nas interações com a cliente Inês, a média da frequência relativa da categoria RO1 foi de 0,0466 na Fase A e de 0,032 na Fase B.

A observação da Figura 4 indica a redução das medidas de RO1 nas interações com ambas as clientes, considerando as fases A e B do delineamento.

O2 e RO2

A Figura 5 apresenta a frequência relativa da categoria O2 para as clientes Rita e Inês em todas as fases do delineamento.

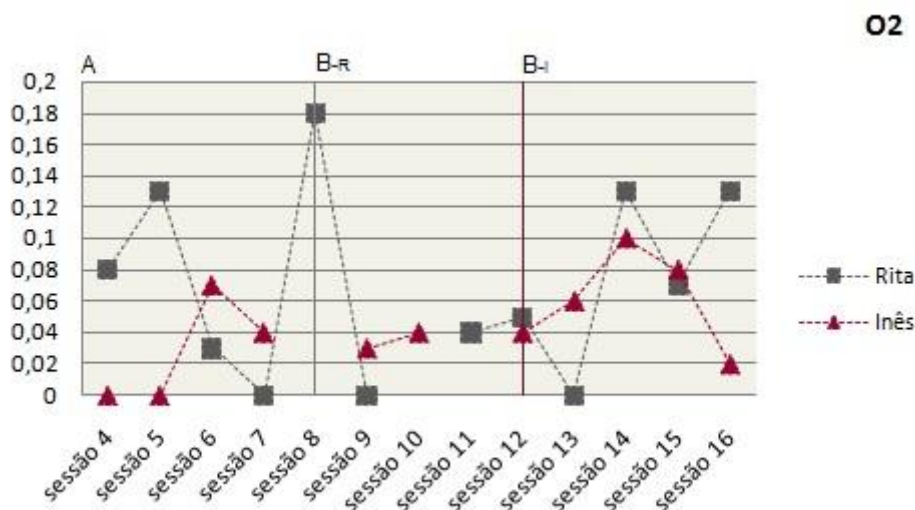


Figura 5. Frequência relativa da categoria O2, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.

Na Figura 5 observa-se que as medidas da categoria O2 da cliente Rita foram instáveis ao longo do delineamento. Durante a Fase A, a frequência de O2 aumentou da sessão quatro (0,08) para a sessão cinco (0,13), diminuiu na sessão seis (0,03) e foi nula na sessão sete.

Na introdução da Fase B com a cliente Rita, novamente percebe-se maior frequência de O2 na sessão oito (0,18), porém a medida torna-se nula na sessão nove. A frequência torna a aumentar nas sessões onze (0,04) e doze (0,05) e anula-se novamente na sessão treze. Nas últimas sessões do delineamento, a categoria O2 apresenta frequências altas nas sessões quatorze e dezesseis (0,13), com pequena redução na medida da sessão quinze (0,07).

As medidas da categoria O2 da cliente Inês, conforme indica a Figura 5, foram nulas nas sessões quatro e cinco da Fase A do delineamento. A frequência aumenta na sessão seis (0,07) e diminui na sessão sete (0,04).

Nas sessões seguintes, as medidas permanecem similares (sessão nove – 0,03; sessão dez – 0,04).

Durante a Fase B com a cliente Inês, a frequência de O2 se mantém estável na sessão doze (0,04), e então aumenta nas sessões treze (0,06) e quatorze (0,1). Na sessão quinze a frequência ainda permanece alta (0,08) e então diminui na última sessão do delineamento (0,02).

A Figura 6 apresenta a média da frequência relativa da categoria O2, de ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento.

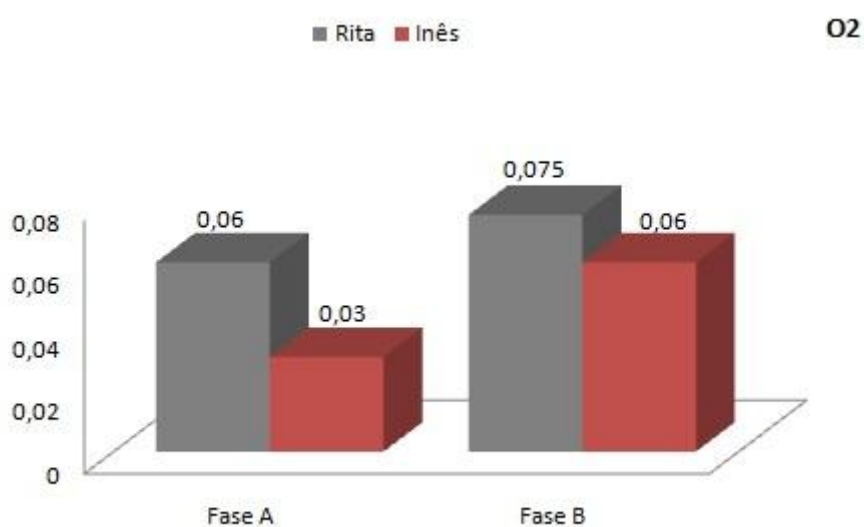


Figura 6. Média da frequência relativa da categoria O2, nas fases A e B do delineamento experimental, de ambas as clientes.

Na Figura 6, observa-se que a cliente Rita apresentou, durante a Fase A do delineamento, média da frequência relativa de O2 de 0,06. Na Fase B, a cliente apresentou medida mais alta em relação à fase anterior (0,075).

Conforme indica a Figura 6, a cliente Inês apresentou, na Fase A, a média da frequência relativa de O2 de 0,03. A medida foi mais alta na Fase B do delineamento (0,06).

A observação das Figuras 5 e 6 indica ainda que ao final do delineamento, tanto a cliente Rita, como a cliente Inês apresentaram maior frequência para a categoria O2, considerando as fases A e B.

A Figura 7 apresenta a categoria da terapeuta RO2 que ocorreu em resposta aos O2.

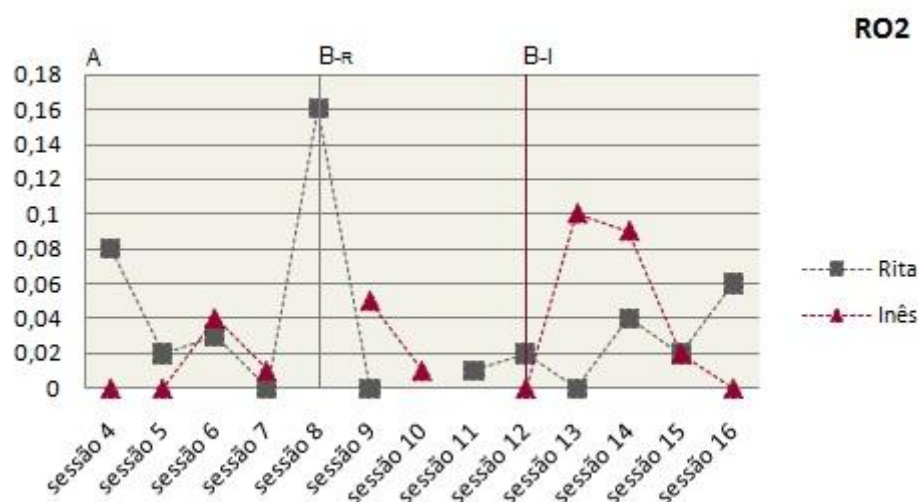


Figura 7. Frequência relativa da categoria RO2, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.

Na Figura 7 observa-se que na Fase A do delineamento com a cliente Rita, a frequência de RO2 diminuiu da sessão quatro (0,08) para a sessão cinco (0,03), permaneceu com medida similar na sessão seis (0,03) e foi nula na sessão sete (não houve oportunidade para a emissão de RO2).

Durante a Fase B da cliente Rita, a categoria RO2 teve sua maior frequência na sessão oito (0,16), porém foi nula na sessão nove. As medidas permaneceram baixas nas sessões onze (0,01) e doze (0,02), e a frequência foi nula novamente na sessão treze. Nas sessões seguintes a frequência de RO2 aumentou nas sessões quatorze (0,04) e dezesesseis (0,06) diminuiu na sessão quinze (0,02).

A Figura 7 mostra que durante a Fase A, nas interações com a cliente Inês, a frequência de RO2 permaneceu nula nas sessões quatro e cinco (não houve oportunidade para o responder da terapeuta). A frequência aumentou na sessão seis (0,04) e diminuiu novamente na sessão sete (0,01).

A frequência de RO2 eleva-se novamente na sessão nove (0,05), porém a medida volta a ser baixa na sessão dez (0,01).

Durante a Fase B com a cliente Inês, a medida de RO2 é nula na sessão doze, porém a categoria apresenta frequência maior na sessão treze (0,1) e mantém a medida alta na sessão seguinte (0,09). Na sessão quinze do delineamento a frequência de RO2 volta a ser baixa (0,02), e torna-se nula na sessão dezesseis.

A Figura 8 apresenta a média da frequência relativa da categoria RO2, nas interações com ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento.

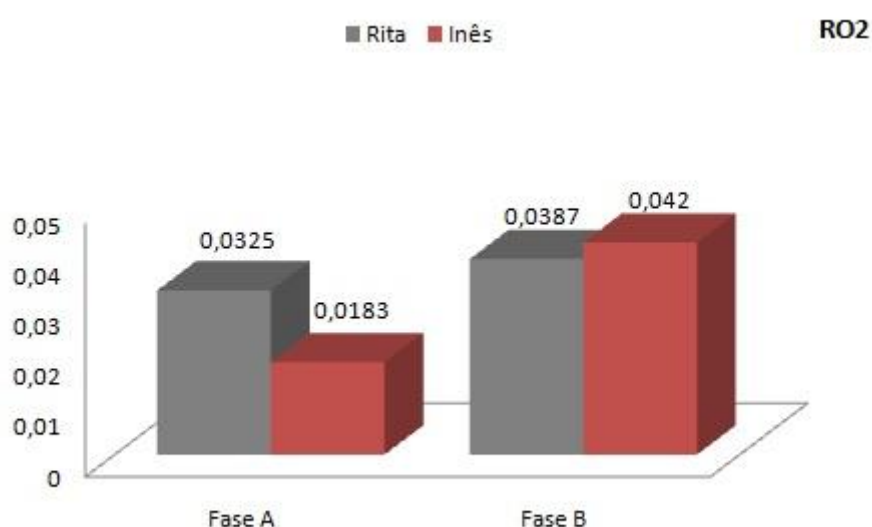


Figura 8. Média da frequência relativa da categoria RO2, nas fases A e B do delineamento experimental, nas interações com ambas as clientes.

Conforme a Figura 8 indica, a média da frequência relativa da categoria RO2 nas interações com a cliente Rita foi de 0,0325 na Fase A e de 0,0387 na Fase B do delineamento.

Nas interações com a cliente Inês, a média da frequência relativa da categoria RO2 foi de 0,0183 na Fase A e de 0,042 na Fase B.

A observação da Figura 8 indica o aumento das medidas de RO2 nas interações com ambas as clientes, considerando as fases A e B do delineamento.

CRB1 E TCRB1

A Figura 9 apresenta a frequência relativa da categoria CRB1 para as clientes Rita e Inês em todas as fases do delineamento.

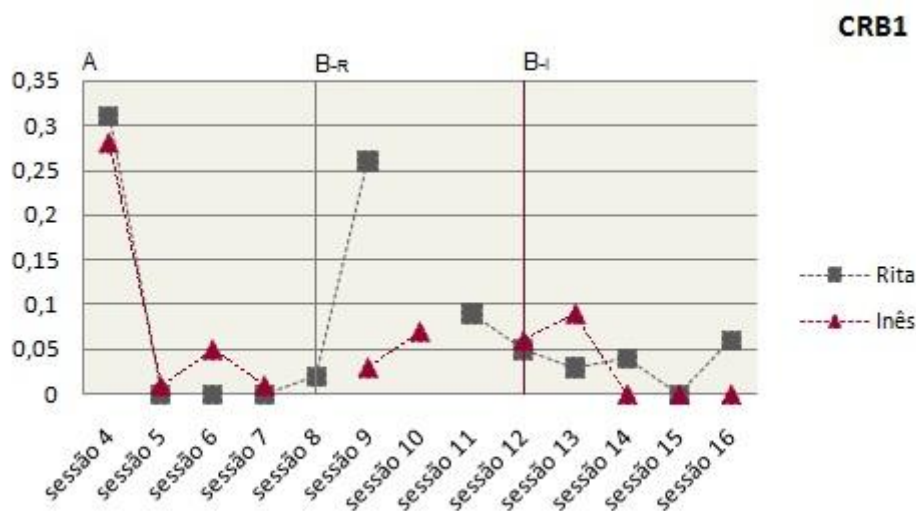


Figura 9. Frequência relativa da categoria CRB1, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.

A Figura 9 indica que a cliente Rita apresentou na sessão quatro a frequência de 0,31 CRB1. Nas outras sessões da Fase A do delineamento, a frequência de CRB1 foi nula.

A partir da introdução da Fase B com a cliente Rita, a frequência de CRB1 aumentou na sessão oito (0,02), e obteve sua maior medida da Fase B na sessão nove (0,26). Nas sessões seguintes a frequência diminuiu para 0,09 na sessão onze, 0,05 na sessão doze e 0,03 na sessão treze. A frequência de CRB1 aumentou para 0,04 na sessão quatorze, foi nula na sessão quinze, e aumentou na sessão dezesseis (0,06).

A Figura 9 indica que, na Fase A do delineamento, a cliente Inês apresentou na sessão quatro a frequência de 0,28 CRB1. As medidas foram mais baixas nas sessões subsequentes (sessão cinco – 0,01; sessão seis – 0,05; sessão sete – 0,01).

A frequência de CRB1 eleva-se na sessão (0,03) e aumenta novamente na sessão dez (0,07).

Com a introdução da FAP, a frequência de CRB1 da cliente Inês diminuiu na sessão doze (0,06) e aumentou na sessão treze (0,09). Nas sessões seguintes, até o fim do delineamento a frequência de CRB1 foi zero.

A Figura 10 apresenta a média da frequência relativa da categoria CRB1, de ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento.

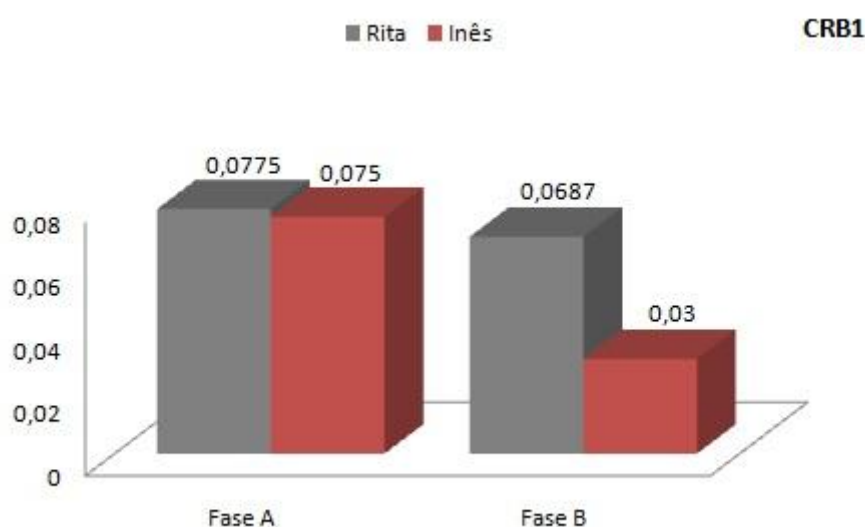


Figura 10. Média da frequência relativa da categoria CRB1, nas fases A e B do delineamento experimental, de ambas as clientes.

Na Figura 10, observa-se que a cliente Rita apresentou, durante a Fase A do delineamento, média da frequência relativa de CRB1 de 0,0775. Na Fase B, a cliente apresentou medida mais baixa em relação à fase anterior (0,0687).

Conforme a Figura 10, a cliente Inês apresentou, na Fase A, a média da frequência relativa de CRB1 de 0,075. A medida foi mais baixa na Fase B do delineamento (0,03).

A observação da Figura 10 indica ainda que ao final do delineamento, tanto a cliente Rita, como a cliente Inês apresentaram menor frequência para a categoria CRB1, considerando as fases A e B. Observa-se ainda que a diferença das médias de CRB1 entre as fases A e B foi maior para a cliente Inês, em comparação à cliente Rita.

A Figura 11 apresenta a categoria da terapeuta TCRB1 que ocorreu em resposta aos CRB1.

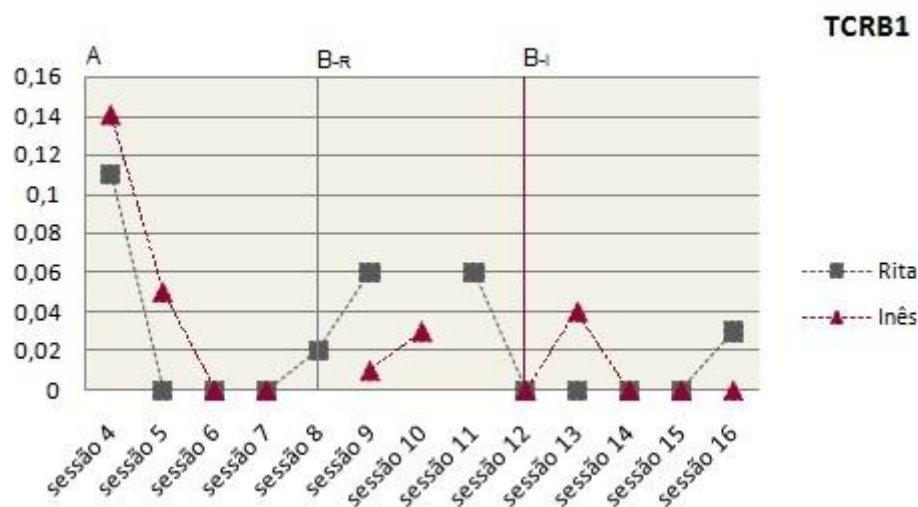


Figura 11. Frequência relativa da categoria TCRB1, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.

A observação da Figura 11 indica que, na Fase A, em interações com a cliente Rita, a frequência de TCRB1 foi 0,11 na sessão quatro e nula nas sessões subsequentes.

Com introdução da FAP para a cliente Rita, houve aumento da frequência de TCRB1 na sessão oito (0,02) e nove (0,06), mantendo a mesma medida na sessão onze (0,06). Das sessões doze à quinze, a terapeuta não emitiu TCRB1 (frequência igual a zero). Somente ao final do delineamento, na sessão dezesseis a terapeuta voltou a emitir TCRB1 (0,03). A partir da observação da Figura 9, cabe ressaltar que a cliente Rita não deixou de emitir CRB1 nas sessões doze, treze e quatorze.

A observação da Figura 11 indica que nas interações com a cliente Inês na Fase A, a frequência de TCRB1 foi 0,14 na sessão quatro, diminuiu para 0,05 na sessão cinco, e foi nula nas sessões seis e sete. A frequência de TCRB1 aumenta nas sessões nove (0,01) e dez (0,03).

Com relação à Fase B para a cliente Inês, a terapeuta não emitiu TCRB1 na sessão doze. Na sessão treze a frequência de TCRB1 foi 0,04. Nas sessões seguintes, não houve oportunidade para a emissão de TCRB1, uma vez que a cliente não emitiu CRB1.

A Figura 12 apresenta a média da frequência relativa da categoria TCRB1, nas interações com ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento.

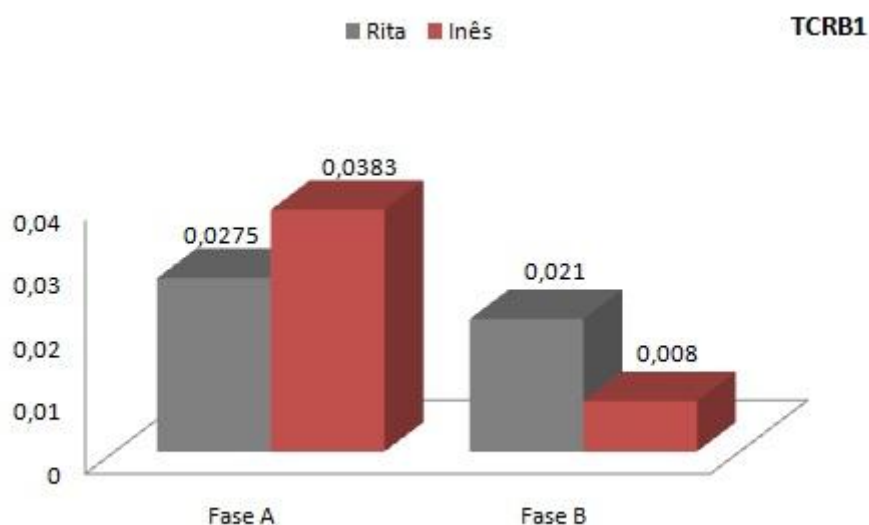


Figura 12. Média da frequência relativa da categoria TCRB1, nas fases A e B do delineamento experimental, nas interações com ambas as clientes.

Conforme a Figura 12 indica, a média da frequência relativa da categoria TCRB1 nas interações com a cliente Rita foi de 0,0275 na Fase A e de 0,021 na Fase B do delineamento.

Nas interações com a cliente Inês, a média da frequência relativa da categoria TCRB1 foi de 0,0383 na Fase A e de 0,008 na Fase B.

A observação da Figura 12 indica a diminuição das medidas de TCRB1 nas interações com ambas as clientes, considerando as fases A e B do delineamento. A diferença das médias de TCRB1 entre as fases A e B nas interações com a cliente Inês foi maior, em comparação à cliente Rita.

CRB2 e TCRB2

A Figura 13 apresenta a frequência relativa da categoria CRB2 para as clientes Rita e Inês em todas as fases do delineamento.

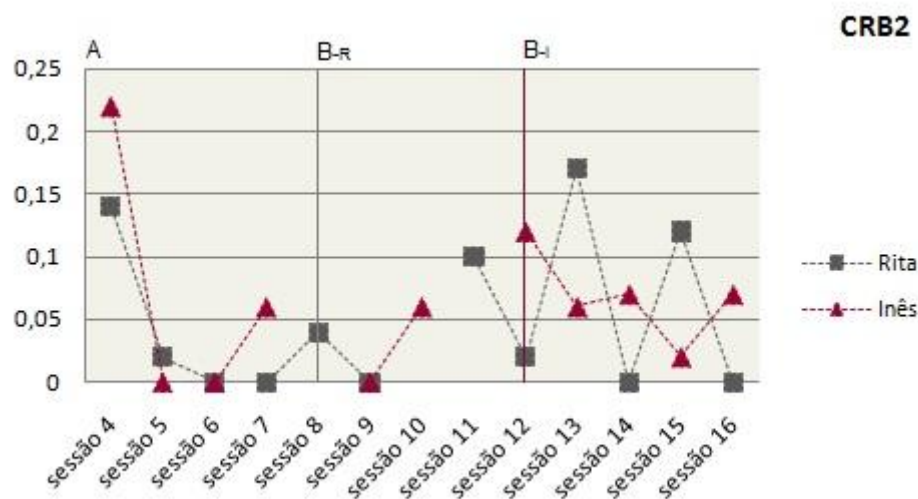


Figura 13. Frequência relativa da categoria CRB2, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.

A observação da Figura 13 indica que, na Fase A do delineamento, a cliente Rita apresentou na sessão quatro a frequência de 0,14 CRB2. A medida diminuiu na sessão cinco (0,02) e foi nula nas sessões seis e sete.

Com a introdução da Fase B com a cliente Rita, a frequência de CRB2 aumentou na sessão oito (0,04), é nula na sessão nove e aumenta novamente na sessão onze (0,1). A medida diminuiu novamente na sessão doze (0,02) e eleva-se na sessão treze (0,17). Na sessão quatorze a frequência de CRB2 é zero, aumenta na sessão quinze (0,12), e volta a ser nula na sessão dezesseis.

A Figura 13 indica que na Fase A com a cliente Inês, a frequência de CRB2 é de 0,22 na sessão quatro, e nula nas sessões cinco e seis. A frequência aumenta na sessão sete (0,06), é nula na sessão nove, e aumenta novamente na sessão dez (0,06).

A partir do início da Fase B para a cliente Inês, a frequência de CRB2 aumentou na sessão doze (0,12) e diminuiu na sessão treze (0,06). Na sessão quatorze a frequência aumentou (0,07), diminuiu na sessão quinze (0,02) e elevou-se novamente na sessão dezesseis (0,07).

A Figura 14 apresenta a média da frequência relativa da categoria CRB2, de ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento.

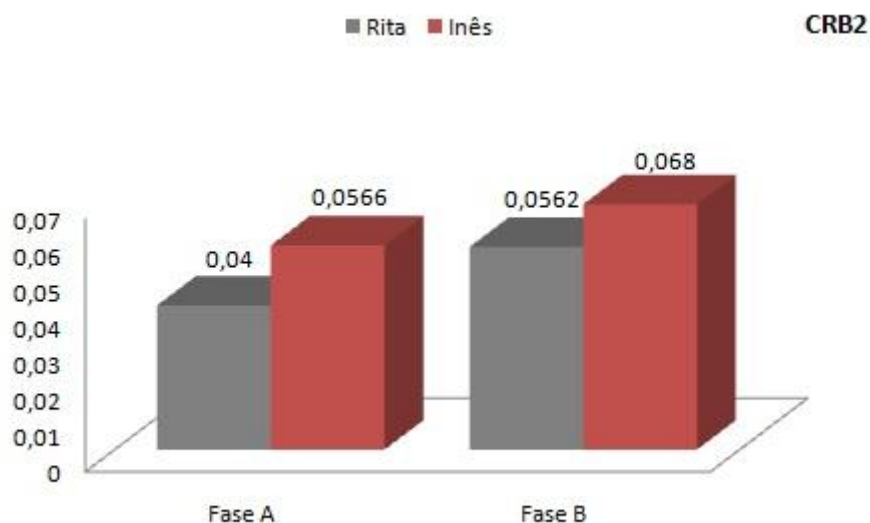


Figura 14. Média da frequência relativa da categoria CRB2, nas fases A e B do delineamento experimental, de ambas as clientes.

Na Figura 14, observa-se que a cliente Rita apresentou, durante a Fase A do delineamento, média da frequência relativa de CRB2 de 0,04. Na Fase B, a cliente apresentou medida mais alta em relação à fase anterior (0,0562).

Conforme a Figura 14, a cliente Inês apresentou, na Fase A, a média da frequência relativa de CRB2 de 0,0566. A medida foi mais alta na Fase B do delineamento (0,068).

A observação da Figura 14 indica ainda que ao final do delineamento tanto a cliente Rita como a cliente Inês apresentaram maior frequência para a categoria CRB2, considerando as fases A e B.

A Figura 15 apresenta a categoria da terapeuta TCRB2 que ocorreu em resposta aos CRB2.

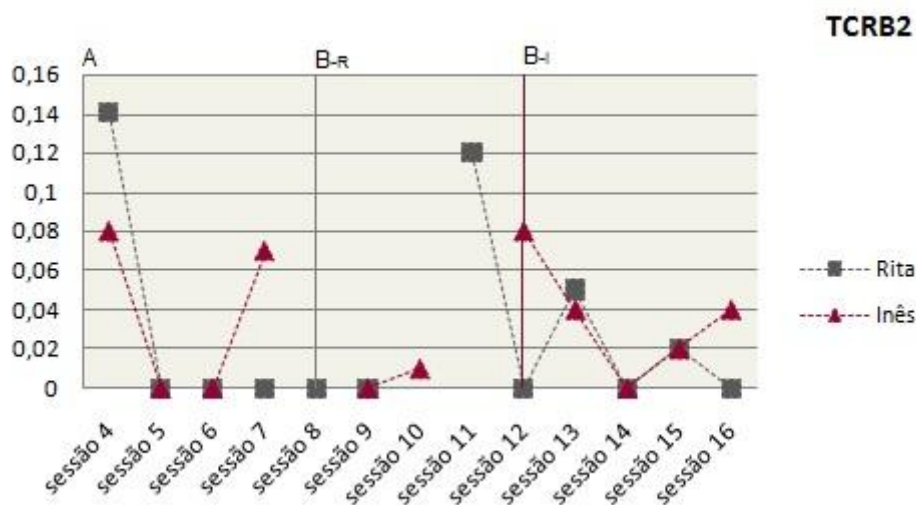


Figura 15. Frequência relativa da categoria TCRB2, ao longo das fases experimentais de ambas as clientes.

A observação da Figura 15 indica que, durante a Fase A nas interações com a cliente Rita, a frequência de TCRB2 foi 0,14 na sessão quatro, e nula nas sessões subsequentes.

Com a introdução da Fase B para a cliente Rita, a frequência de TCRB2 foi nula na sessão oito e nove. Na sessão onze a frequência de TCRB2 aumentou (0,12) e foi nula novamente na sessão doze. A medida de TCRB2 aumentou na sessão treze (0,05), e foi nula novamente na sessão quatorze. A frequência de TCRB2 elevou-se novamente nas sessões quinze (0,02) e dezesseis (0,06).

A Figura 15 indica que nas interações com a cliente Inês da Fase A, na sessão quatro a frequência foi 0,08 TCRB2. Nas sessões cinco e seis as medidas foram nulas. A frequência de TCRB2 aumentou na sessão sete (0,07), foi nula na sessão nove, e aumentou na sessão dez (0,01).

Com o início da Fase B, a frequência de TCRB2 aumenta na sessão doze (0,08), diminui na sessão treze (0,04) e é nula na sessão quatorze. Por fim, nas duas últimas sessões, a frequência de TCRB2 volta a aumentar na sessão quinze (0,02) e dezesseis (0,04).

A Figura 16 apresenta a média da frequência relativa da categoria TCRB2, nas interações com ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento.

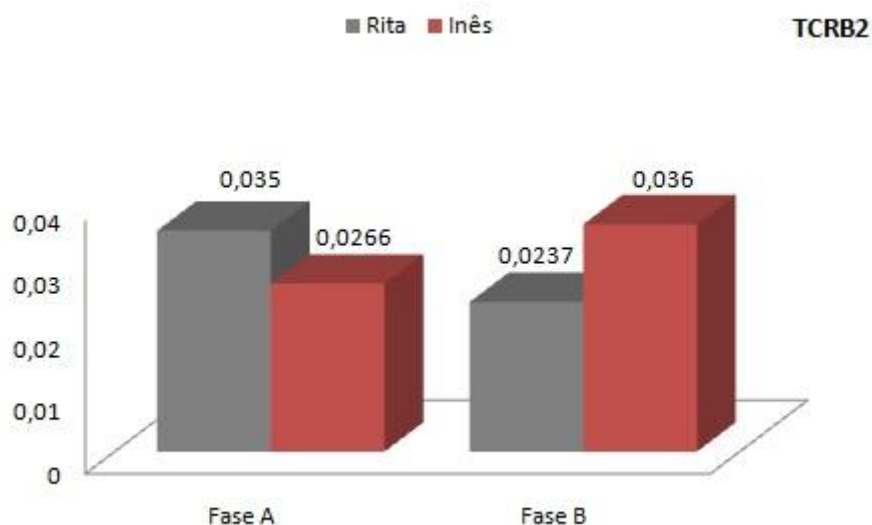


Figura 16. Média da frequência relativa da categoria TCRB2, nas fases A e B do delineamento experimental, nas interações com ambas as clientes.

Conforme a Figura 16 indica, a média da frequência relativa da categoria TCRB2 nas interações com a cliente Rita foi de 0,035 na Fase A e de 0,0237 na Fase B do delineamento.

Nas interações com a cliente Inês, a média da frequência relativa da categoria TCRB2 foi de 0,0266 na Fase A e de 0,036 na Fase B.

A observação da Figura 16 indica a diminuição das medidas de TCRB2 nas interações com a cliente Rita, considerando as fases A e B do delineamento. Indica ainda aumento das medidas de TCRB2 nas interações com a cliente Inês, considerando as fases A e B do delineamento.

Médias das frequências relativas das categorias CRB1, TCRB1, CRB2 e TCRB2, no intervalo entre as sessões oito e onze

Com o propósito de comparar as medidas das categorias CRB1, TCRB1, CRB2 e TCRB2, de ambas as clientes, no período em que Rita encontrava-se na Fase B do

delineamento e Inês permaneceu nas condições da Fase A/ Linha de base, foram calculadas as médias das frequências relativas de tais categorias no período compreendido entre as sessões oito e onze. A média de cada categoria foi calculada por meio da soma das frequências da categoria no período, dividido por três para a cliente Rita e por dois para a cliente Inês (total de sessões do intervalo em que as clientes compareceram).

A Figura 17 indica a média da frequência relativa das categorias CRB1, TCRB1, CRB2 e TCRB2, no intervalo compreendido entre as sessões oito e onze, para ambas as clientes.

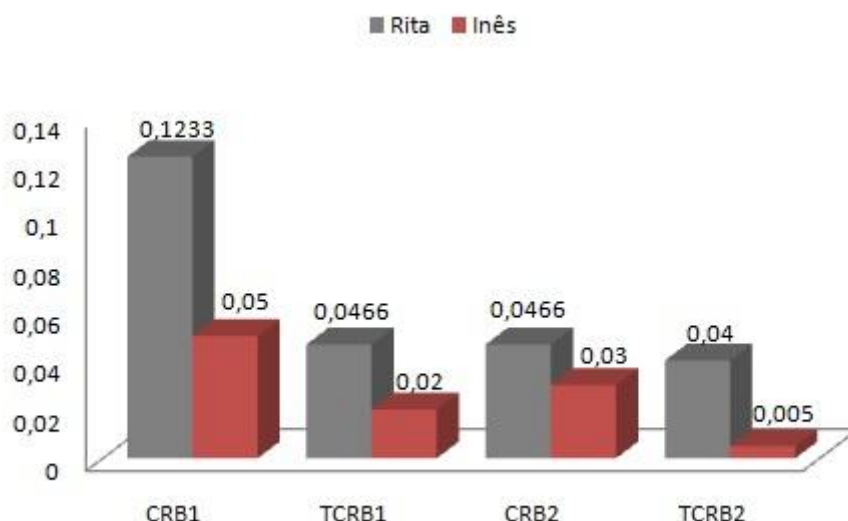


Figura 17. Média da frequência das categorias CRB1, TCRB1, CRB2 e TCRB2, nas intervenções com as clientes Rita e Inês, no intervalo compreendido entre as sessões oito e onze.

A Figura 17 indica que as médias das frequências das categorias da relação terapêutica foram menores para a cliente Inês, no intervalo compreendido entre as sessões oito e onze, em comparação com as médias da cliente Rita.

Com relação às categorias de cliente, diferença entre as médias foi mais expressiva na categoria CRB1 (Rita – 0,1233; Inês – 0,05) em comparação com a categoria CRB2 (Rita – 0,0466; Inês – 0,03).

A diferença das médias das frequências das categorias de terapeuta foi maior para a categoria TCRB2 (Rita – 0,04; Inês – 0,005), em comparação com a categoria TCRB1 (Rita – 0,0466; Inês – 0,02).

A inspeção visual da Figura 17 indica que a terapeuta realizou mais intervenções com foco no aqui/agora privilegiando as intervenções aos CRB com a cliente Rita, em comparação com a cliente Inês, durante o intervalo entre as sessões oito e onze.

3.3 Respostas ao SACC (Yano & Meyer, 2003; Yano, 2003 citado por Rocha, 2008).

Quanto às medidas aferidas pelo Sistema de Avaliação de Comportamentos-alvo do cliente, serão apresentadas as médias das categorias de comportamentos que mantêm a depressão e comportamentos concorrentes com a depressão, em cada uma das fases do delineamento. A média de cada categoria foi calculada pela soma do valor obtido em cada subgrupo na sessão, dividido por dois.

A Figura 18 apresenta as médias dos comportamentos que mantêm a depressão e dos comportamentos concorrentes com a depressão apresentados pela cliente Rita em todas as fases do delineamento.

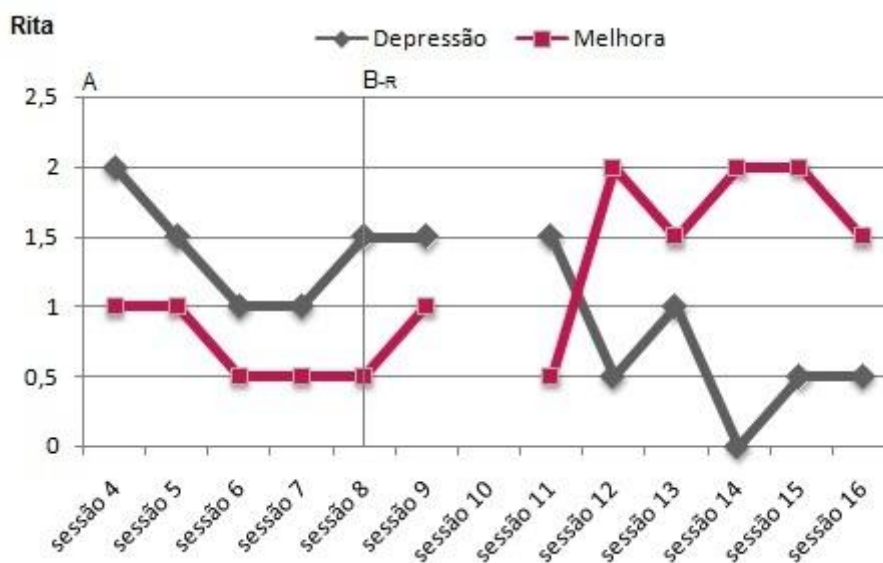


Figura 18. Média dos comportamentos da cliente Rita que mantêm e dos que concorrem com a depressão, nas fases A e B do delineamento experimental.

A observação da Figura 18 indica que durante a Fase A do delineamento, a cliente Rita apresentou média 2,0 e 1,5 de comportamentos que mantêm a depressão nas sessões iniciais quatro e cinco. Nas sessões seguintes, seis e sete, a medida foi mais baixa (média 1,0)

Com o início da Fase B, a média de comportamentos que mantêm a depressão elevou-se para 1,5 nas sessões oito, nove e onze. As medidas decresceram a partir da sessão doze (0,5) e elevaram-se novamente na sessão treze (1,0). Na sessão quatorze, a média foi nula e depois o valor manteve-se em 0,5 até o final do delineamento.

A Figura 18 indica ainda que, na Fase A, a cliente Rita apresentou média 1,0 de comportamentos concorrentes com a depressão nas sessões quatro e cinco, e média 0,5 nas sessões seis e sete.

Com a introdução da Fase B, a cliente Rita manteve a mesma medida das sessões anteriores na sessão oito. Apresentou média 1,0 de comportamentos concorrentes com a depressão na sessão nove, e 0,5 na sessão onze. Na sessão seguinte a medida elevou-se (2,0), reduziu na sessão treze (1,5), manteve novamente os valores mais altos nas sessões quatorze e quinze (2,0) e decresceu na sessão dezesseis (1,5).

A Figura 19 apresenta as médias dos comportamentos que mantêm a depressão e dos comportamentos concorrentes com a depressão apresentados pela da cliente Inês em todas as fases do delineamento.

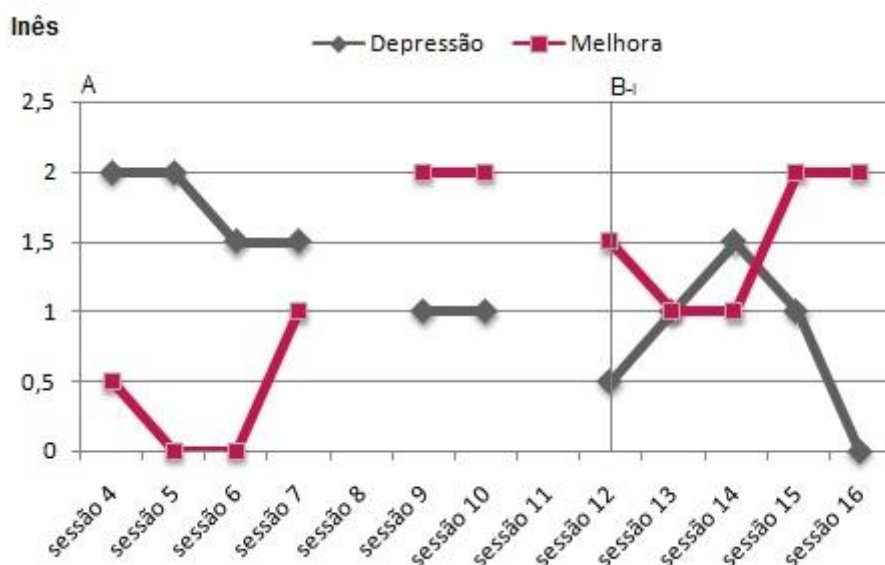


Figura 19. Média dos comportamentos da cliente Inês que mantêm e dos que concorrem com a depressão, nas fases A e B do delineamento experimental.

A observação da Figura 19 indica que durante a Fase A do delineamento, a cliente Inês apresentou média 2,0 de comportamentos que mantêm a depressão nas sessões iniciais quatro e cinco. Nas sessões seguintes a média reduziu para 1,5 nas sessões seis e sete, e para 1,0 nas sessões nove e dez.

Com o início da Fase B, Inês apresentou média 0,5 de comportamentos que mantêm a depressão na sessão doze. As medidas elevaram-se nas sessões treze (1,0) e quatorze (1,5). Na sessão quinze a média foi 1,0, e nula na sessão final do delineamento.

A Figura 19 indica ainda que, na Fase A, a cliente Inês apresentou média 0,5 de comportamentos concorrentes com a depressão na sessão quatro, e média nula nas sessões cinco e seis. Na sessão sete a média elevou-se para 1,0 e manteve os valores mais altos nas sessões nove e dez (2,0).

Com a introdução da Fase B, a cliente Inês apresentou média 1,5 de comportamentos concorrentes com a depressão na sessão doze, e média 1,0 nas sessões treze e quatorze. Na sessão quinze e dezesseis a média foi 2,0.

A Figura 20 apresenta a média relativa dos comportamentos que mantêm a depressão, de ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento. A média foi calculada por meio da soma das médias dos comportamentos que mantêm a depressão de cada fase, dividida pelo total de sessões da fase.

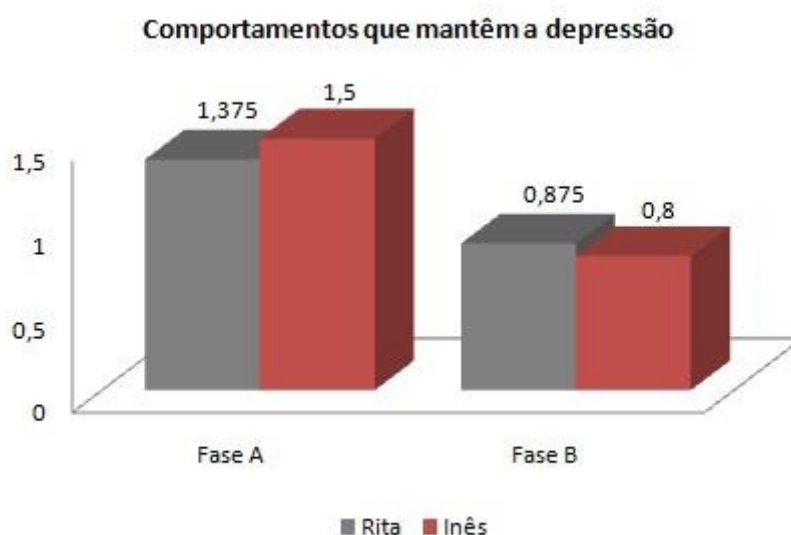


Figura 20. Média relativa dos comportamentos que mantêm a depressão, de ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento experimental.

A Figura 20 indica que a cliente Rita apresentou média relativa 1,375 de comportamentos que mantêm a depressão na Fase A do delineamento. A medida reduziu após a introdução da Fase B, sendo que a média relativa na Fase B foi de 0,875.

A observação da Figura 20 indica também que a cliente Inês apresentou média relativa 1,5 de comportamentos que mantêm a depressão na Fase A do delineamento. Com a introdução da Fase B, a média relativa dos comportamentos da cliente reduziu para 0,8.

A inspeção visual da Figura 20 permite afirmar que ambas as clientes emitiram menos comportamentos que mantêm a depressão após a introdução da Fase B.

A Figura 21 apresenta a média relativa dos comportamentos que concorrem com a depressão, de ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento. A média foi calculada por meio da soma das médias dos comportamentos concorrem com a depressão de cada fase, dividida pelo total de sessões da fase.

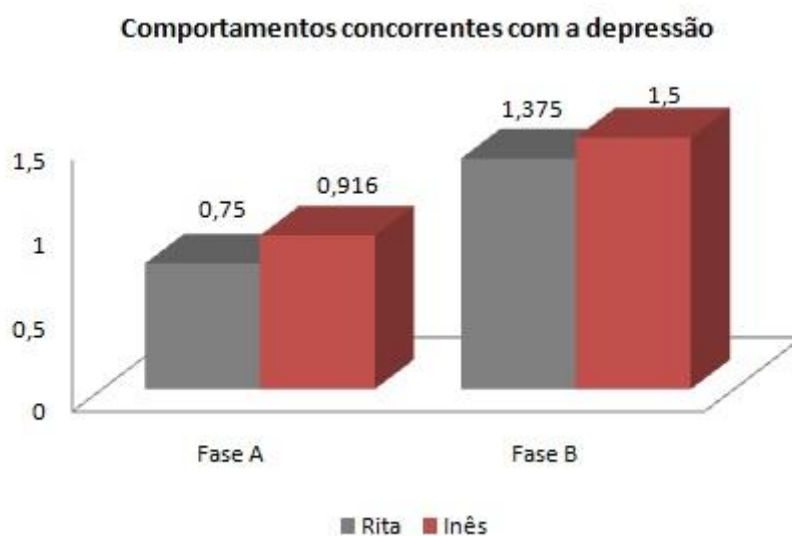


Figura 21. Média relativa dos comportamentos que concorrem com a depressão, de ambas as clientes, nas fases A e B do delineamento experimental.

A Figura 21 indica que a cliente Rita apresentou média relativa 0,75 de comportamentos que concorrem com a depressão na Fase A do delineamento. A medida aumentou após a introdução da Fase B, sendo que a média relativa nesta fase foi de 1,375.

A observação da Figura 21 indica também que a cliente Inês apresentou média relativa 0,916 de comportamentos que concorrem com a depressão na Fase A do delineamento. Com a introdução da Fase B, a média relativa dos comportamentos da cliente aumentou para 1,5.

A inspeção visual da Figura 21 permite afirmar que ambas as clientes emitiram mais comportamentos que concorrem com a depressão após a introdução da Fase B.

3.4 Escores totais do Inventário de Depressão de Beck – BDI (Beck et al., 1961)

As Tabelas 18 e 19 indicam os níveis e escores totais do BDI para as clientes Rita e Inês, no início e final do estudo.

Tabela 18 – Níveis e escores iniciais e finais do BDI da cliente Rita.

<i>Etapa</i>	<i>Nível</i>	<i>Escore</i>
Início	Moderado	25
Final	Leve	17

Tabela 19 – Níveis e escores iniciais e finais do BDI da cliente Inês.

<i>Etapa</i>	<i>Nível</i>	<i>Escore</i>
Início	Grave	36
Final	Moderado	27

4. Discussão

Com o objetivo de contextualizar e discutir os resultados obtidos pelo estudo, informações particulares dos casos de Rita e Inês foram apresentadas nesta seção. Tais informações encontram-se em conformidade com as formulações de caso apresentadas pela terapeuta para ambas as clientes.

As medidas apresentadas indicam que, ao final do delineamento, tanto a cliente Rita como a cliente Inês apresentaram menor frequência para a categoria O1. A análise permite a compreensão de que houve diminuição de relato de comportamentos-problema que ocorrem fora do contexto da relação terapêutica, mas que são foco da terapia.

As medidas de RO1 da terapeuta também foram menores ao final do delineamento com ambas as clientes, o que indica que, ao longo do processo, as intervenções sem foco no aqui/agora tiveram frequência reduzida.

As intervenções da terapeuta sobre os comportamentos, categorizados como O1, das duas clientes, tiveram o objetivo principal de modelar o repertório de compreensão das relações funcionais nos relacionamentos interpessoais, principalmente com os filhos e outros familiares.

A frequência elevada da categoria O1 nas primeiras sessões pode ter relação com o padrão de responder típico dos quadros descritos como depressão. A literatura indica comportamentos de queixas, reclamações e lamentações como uma das características das pessoas com depressão (Dougher & Hackbert, 2003; Ferster, 1973). Ambas as clientes emitiram esses comportamentos, e embora o padrão seja semelhante, as clientes se comportaram de forma diferente na interação com a terapeuta.

A cliente Rita apresentava alta frequência de O1 durante a sessão, com topografias distintas. A cliente relatava problemas e queixava-se de muitos eventos em uma única sessão. Por diversas vezes, os relatos tornaram-se superficiais, na medida em que muitos problemas eram relatados, ocupando muito tempo na sessão. A cliente não permitia que a terapeuta falasse.

Nesse sentido, terapeuta teve dificuldade de responder diferencialmente a relatos aprofundados. Após as primeiras sessões do delineamento, esse padrão de responder foi considerado pela terapeuta como CRB1 na conceituação de caso.

A inspeção visual das Figuras 1 e 2 sugere que as intervenções da terapeuta foram efetivas para a redução da frequência da categoria O1 com a cliente Rita. Pode-se levantar a hipótese de que a redução da frequência da categoria O1 esteja relacionada, em partes, com as intervenções da terapeuta que passaram a ter foco no aqui/agora. Assim, o que antes foi categorizado como O1, passou a ser CRB1, o que é extremamente desejável na implementação da FAP.

A cliente Inês, diferentemente de Rita, geralmente apresentava uma mesma topografia de O1 durante toda a sessão. No início do delineamento, o padrão de responder de Inês ficou restrito ao tema luto, e a frequência de comportamentos respondentes foi alta.

Inês relatava comportamentos encobertos de desesperança, incontrolabilidade e culpa. Os pensamentos relatados para a terapeuta, assim como os fatos distorcidos sobre a morte do filho exacerbavam o sentimento aversivo. Este padrão gerava contexto para a baixa frequência de variabilidade comportamental, também relatada pela cliente.

Uma característica comum de indivíduos com depressão é passar longos períodos relembando eventos e ruminando problemas. Isso se traduziria por comportamentos verbais encobertos geradores de estimulação aversiva condicionada, concorrendo com a emissão de outros comportamentos operantes. Estes comportamentos verbais frequentemente têm função de evitação de variáveis externas e funcionam de modo a reduzir o contato do indivíduo com o ambiente externo (Kanter et al., 2008).

As intervenções da terapeuta focaram neste padrão de responder de Inês, e os RO1 tiveram como principal objetivo o desenvolvimento do repertório social da cliente, desassociado do tema luto. O padrão de responder de Inês, sempre focado no tema luto, foi apontado pela terapeuta como uma variável importante nas relações com outros à sua volta. Essas respostas passaram a ser consideradas CRB1s pela terapeuta, e foram contexto para intervenções com foco no aqui/agora na Fase B do delineamento.

Embora a diferença entre as frequências de O1 de Inês não tenha sido expressiva da Fase A para B, a inspeção visual das Figuras 1 e 2, sugere que as intervenções da terapeuta foram efetivas para a redução das medidas desta categoria.

Uma argumentação possível para a diferença pouco expressiva entre as medidas de O1, na comparação entre as fases A e B, é o papel importante deste padrão de comportamento no repertório do cliente com depressão. O tempo de intervenção observada neste estudo pode

ser considerado insuficiente, (16 sessões) para as reduções mais significativas de frequência destas respostas.

As medidas da categoria O2 indicam que ambas as clientes apresentaram aumento de frequência de comportamentos de melhora de fora da relação terapêutica, no final do delineamento. A frequência de comportamentos RO2 da terapeuta também aumentou ao final do delineamento, tanto nas interações com a cliente Rita, como nas com Inês.

À medida que os relatos das interações interpessoais de Rita foram reforçados diferencialmente, a cliente passou a apresentar relatos de melhora nas relações interpessoais, em especial com seu filho. Ainda que as médias da Fase B indiquem que a frequência de O1 (0,0787) foi mais alta que a de O2 (0,075), as reclamações excessivas e verborrágicas começaram a ceder lugar à relatos de discriminação de seu ambiente, bem como de interações positivamente reforçadoras. A cliente passou a responsabilizar-se por aspectos da sua vida que antes eram evitados.

A terapeuta buscou fornecer reforço verbal aos relatos da cliente, evidenciando os comportamentos de melhora. Relatos de satisfação nas relações da cliente foram valorizados pela terapeuta, por meio do aprofundamento dos temas e da priorização de fatos de eventos privados.

Essas intervenções eventualmente serviram de contexto para que CRB2s pudessem ser evocados, aumentando assim, a intimidade na relação com a terapeuta. Percebe-se ainda, com a observação das Figuras 5 e 13, que o aumento da frequência de O2 de Rita ocorreu durante a Fase B do delineamento, nas mesmas sessões em que teve aumento a frequência de CRB2.

Os relatos de comportamento de melhora da cliente Inês que ocorreram ao longo da Fase A/Linha de base do delineamento (com exceção das sessões quatro e cinco) estavam relacionados principalmente com as interações positivamente reforçadoras que a cliente buscou estabelecer com o neto. Essa relação foi descrita pela cliente como não aversiva. A terapeuta buscou reforçar diferencialmente esses relatos, enfatizando a importância de outras interações como fonte de reforçamento positivo.

Ainda na Fase A/Linha de base, a cliente Inês apresentou alguns comportamentos de O2 acompanhados de relatos de satisfação, expressão de prazer e bem-estar. A cliente mudou a forma de interagir com a terapeuta nestas sessões (CRB2), sendo que se tornou inviável para a terapeuta não responder de forma contingente nestes momentos, ainda que essas intervenções não estivessem previstas pelo delineamento.

Os comportamentos de O2 de Inês na Fase B do delineamento envolveram principalmente relatos de interação e envolvimento com o filho. As intervenções da terapeuta sobre esses relatos aumentaram o contato da cliente com o ambiente atual. Assim, os relatos de comportamentos encobertos de culpa e incontrolabilidade, que eram também responsáveis pelo afastamento da cliente na relação com o filho, diminuíram de frequência.

O que se pode observar com relação às duas clientes, é que o restabelecimento das relações interpessoais de Rita e Inês ao longo do delineamento obteve como produto consequências positivamente reforçadoras, que parecem ter sido responsáveis pelas melhoras aparentemente evidenciadas no estudo.

Além disso, com as duas clientes, as intervenções sem foco no aqui/agora pareceram estar diretamente relacionadas com as intervenções com foco no aqui/agora. Isso parece justificar algumas dificuldades enfrentadas pela terapeuta com a cliente Inês, no sentido de manter as intervenções previstas pelo delineamento do estudo.

Como é enfatizado na literatura sobre a FAP, os CRB2s devem ser consequenciados de forma natural pelo terapeuta na interação verbal com o cliente (Tsai et al., 2009). As melhoras da cliente Inês refletiram na forma como se relacionou com a terapeuta no contexto da sessão. A terapeuta reagiu naturalmente a essa melhora, e seu comportamento teve função de TCRB2. Esse tipo de evento foge ao controle do estudo.

A redução das frequências de O1 e aumento das frequências de O2 foi uma das previsões evidenciadas ao final do estudo, ainda que as diferenças na frequência de O1 de Inês e nas de O2 de Rita sejam sutis, comparadas as fases do delineamento.

Quando as medidas de respostas específicas da FAP obtidas pelo estudo são analisadas, observa-se que existe uma consistência ao longo do delineamento para as clientes Rita e Inês em algumas categorias, o que dificulta a análise por comparação entre as clientes.

Como o delineamento pressupunha que o prolongamento da Fase A/Linha de base de Inês serviria como controle para Rita, um exame do que aconteceu com as categorias que dizem respeito à relação terapêutica (CRB1, TCRB1, CRB2 e TCRB2) foi apresentado não apenas a cada sessão, mas também por meio do cálculo das médias de tais categorias no intervalo em que Rita recebia intervenção aos CRBs e Inês não (sessões oito, nove, dez e onze).

Devido à grande variação nas medidas, e visto que as duas clientes faltaram à algumas sessões no período de controle, o exame com inspeção visual ficou prejudicado. O cálculo das

médias das frequências das categorias da relação terapêutica teve, portanto, o objetivo de auxiliar a análise de tais medidas.

A análise sessão a sessão, indica que ambas as clientes apresentaram aumento nas medidas das categorias que dizem respeito à relação terapêutica, CRB1 e TCRB1, no período compreendido entre as sessões oito e onze, que se referem ao momento em que o delineamento previa intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs, apenas com a cliente Rita, enquanto Inês ainda encontrava-se em condição de linha de base.

O aumento das frequências das categorias que se referem à relação terapêutica nas intervenções com a cliente Inês durante este intervalo não foi previsto pelo estudo. Embora essas medidas possam indicar uma possível quebra no tratamento do delineamento, a diferença entre as médias das frequências de tais categorias das clientes Rita e Inês, no intervalo entre as sessões oito e onze, demonstra que mais intervenções aos CRBs ocorreram nas interações com a cliente Rita.

As medidas de Rita e Inês indicam redução de frequência de CRB1, quando comparadas as fases A e B, sendo que para Rita, a redução apresentou-se de forma mais sutil do que para Inês. Ambas as clientes apresentaram aumento na frequência da categoria entre as sessões oito e onze, ainda que esta fase compreendesse intervenções focadas na relação terapêutica apenas para Rita. Após a sessão treze, as duas clientes apresentaram redução nas medidas de CRB1.

As medidas referentes à relação terapêutica nas sessões com a cliente Rita indicam que, durante a Fase A/Linha de base, a cliente apresentou frequência nula de CRB1, com exceção da sessão quatro. Após a introdução da Fase B, a frequência desta categoria aumentou, bem como da categoria TCRB1, o que indica a presença das intervenções com foco na relação terapêutica.

Como já mencionado, as intervenções da terapeuta com foco no aqui/agora da sessão estiveram voltadas para o comportamento verborrágico da cliente, que tinha como consequência a superficialidade dos temas abordados, bem como o aborrecimento da terapeuta, o que havia tornado a relação com Rita aversiva para a terapeuta.

A terapeuta buscou por meio de TCRB1 evidenciar para a cliente como se sentia frente a esse padrão. Os relatos da terapeuta tiveram como objetivo gerar intimidade com a cliente, bem como demonstrar as consequências sociais aversivas deste tipo comportamento.

As respostas contingentes da terapeuta contribuíram para a discriminação de O1 por parte da cliente. Rita identificou padrão semelhante na relação com o filho e com o namorado.

Ainda que com frequência reduzida, o padrão verborrágico e os relatos não aprofundados persistiram até o final do delineamento. A terapeuta demonstrou dificuldade para responder de forma contingente aos CRB1s a partir da sessão doze. A observação da Figura 11 indica que, da sessão doze à sessão quinze, a terapeuta não emitiu TCRB1.

Essas medidas indicam a dificuldade experimentada pela terapeuta em manter o foco no aqui/agora da sessão. Oliveira e Vandenberghe (2009) advertem que a literatura faz duas demandas ao terapeuta em duas áreas extremamente pessoais. A primeira exige que o terapeuta responda de forma não defensiva às reações disfuncionais do cliente, provendo respostas de aceitação e trabalhando de forma eficiente com seus sentimentos. A segunda é a utilização do próprio sentimento como instrumento terapêutico e de diagnóstico. Ambas as demandas pressupõem grande resistência por parte do terapeuta, e podem acarretar riscos emocionais.

Nas interações com a cliente Rita, observa-se que a terapeuta não esteve apta para cumprir com todas as demandas. Embora tenha utilizado o impacto do comportamento da cliente na relação terapêutica para obter informações relevantes sobre como a cliente interage fora da sessão, para modificar a conceituação do caso e para planejar intervenções, a terapeuta não esteve apta para promover a modificação dos comportamentos-problema de Rita no contexto da sessão.

A interação entre Rita e a terapeuta ilustra uma das questões levantadas pelo presente estudo. Até certo ponto, o foco na relação terapêutica é efetivo para identificações de padrões de comportamento, bem como dos sentimentos experimentados por aqueles que interagem com o cliente. Além disso, no caso de Rita, a intervenção aos CRB1s foi eficiente para promover autoconhecimento na cliente quanto ao seu próprio padrão de comportamento, e pela identificação dos mesmos comportamentos em outros ambientes fora da sessão. Por outro lado, o tipo de relação estabelecida entre a díade tornou-se estimulação aversiva para a terapeuta, que passou a emitir comportamentos de fuga/esquiva frente aos CRB1s da cliente.

Os comportamentos de fuga/esquiva da cliente Rita de contato com os temas que foram foco da terapia, identificados pelo padrão verborrágico, pela superficialidade dos relatos da cliente, e pela pouca sensibilidade às reações da terapeuta durante a sessão, parecem evidenciar um padrão social inadequado. As possíveis consequências aversivas

advindas das relações interpessoais estabelecidas pela cliente, experimentadas fora do ambiente terapêutico, sugerem baixa densidade de reforço social como parte responsável pela manutenção dos comportamentos que caracterizam o quadro descrito como depressão.

Conforme apontamento desse estudo, a presença deste tipo de padrão no repertório de clientes depressivos poderia gerar contexto para o insucesso das intervenções com foco no aqui/agora da relação terapêutica. Como indicado por Dougher e Hackbert (2003), esses clientes não dispõem de uma série de habilidades sociais, gerando condições aversivas na interação com os outros, possibilitando a emissão de comportamentos evitativos por parte dos que interagem com eles.

Ainda que este tipo de dificuldade enfrentada por terapeutas que realizam intervenções com foco no aqui/agora seja indicado pela literatura (Braga & Vandenberghe, 2006; Delitti, 2005; Oliveira & Vandenberghe, 2009), poucos são os estudos que se debruçam empiricamente sobre os problemas vivenciados pelos terapeutas que realizam intervenções deste tipo. Oliveira e Vandenberghe (2009) indicam que estudos sobre a auto-revelação do terapeuta deveriam prestar mais atenção nas dificuldades que impedem o terapeuta de fazer tais revelações, bem como na forma de manejá-las. Sugerem ainda que, o estudo da relação entre o enfrentamento de desafios emocionais do terapeuta e formas efetivas de lidar com rupturas na relação, pode contribuir não apenas com o enriquecimento da literatura, bem como com a compreensão da vulnerabilidade do terapeuta e de seu enfrentamento.

As medidas de CRB1 e TCRB1 nas interações com Rita indicam que a terapeuta abandonou parcialmente as intervenções com foco no aqui/agora, que privilegiavam resposta aos CRBs. Essas medidas caracterizam ainda, que a relação terapêutica estabelecida com a cliente não foi contexto para a intervenção aos CRB1s.

A análise dos comportamentos de melhora de Rita que ocorreram no contexto da sessão indica aparentemente, aumento na média das frequências de CRB2 emitidos pela cliente, após a introdução da Fase B do delineamento.

Durante a Fase A/Linha de base, os CRB2s de Rita estavam relacionados com relatos sobre a morte da filha. Este pareceu ser o único tema abordado de forma mais aprofundada na relação com a terapeuta. Quando Rita abordava este tema, os relatos tornavam-se menos superficiais, e o padrão verborrágico não ocorria, ainda que a frequência de atos de eventos privados fosse baixa.

Com a introdução da Fase B, a terapeuta buscou reforçar diferencialmente esses relatos, evocando sempre que possível, a emissão de tatos de eventos privados, proporcionando aprofundamento do tema. Os TCRB2s tiveram como principal objetivo o reforçamento de comportamentos concorrentes com o padrão verborrágico. Sempre que havia contexto, a terapeuta indicava por meio de TCRB2, que a cliente havia falado menos durante a sessão, porém, de forma aprofundada. Indicava também que, neste contexto, cedia tempo para falas da terapeuta, e que assim, a sessão era mais produtiva.

As medidas das frequências de CRB2 e TCRB2, sessão a sessão, indicam que, diferentemente de como aconteceu com CRB1 e TCRB1, a terapeuta não deixou de responder aos comportamentos de melhora da cliente que ocorreram no contexto da sessão.

Essas medidas parecem indicar que, apesar da aversividade estabelecida na relação da terapeuta com Rita em função dos CRB1s, a emissão de CRB2 pela cliente foi contexto para intervenções com foco no aqui/agora. A terapeuta não se absteve totalmente de utilizar a relação terapêutica e as respostas aos CRBs como mecanismo de mudança clínica.

As medidas obtidas por meio do SACC indicam redução da frequência dos “comportamentos que mantêm a depressão” de Rita, comparadas as fases A e B do delineamento. Indicam ainda, que após a introdução da intervenção, os “comportamentos que concorrem com a depressão” aumentaram de frequência.

Esses dados parecem indicar a melhora clínica da cliente, segundo as observações da terapeuta. Indicam ainda, que a melhora pode ser mais bem evidenciada após a introdução das intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs.

Os escores totais iniciais e finais do BDI apontam igualmente para a melhora clínica da cliente Rita. Os comportamentos da cliente, que inicialmente indicavam nível moderado de depressão, passaram a indicar nível leve após o final do delineamento.

O conjunto das medidas da cliente Rita obtidas pelo estudo parecem indicar que após a introdução da intervenção com foco no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs, as medidas reduziram para a categoria O1 de forma evidente, e aparentemente também reduziram para a categoria CRB1. Além disso, aparentemente as medidas de O2 e CRB2 sofreram aumento. Os comportamentos que mantêm a depressão reduziram de frequência, enquanto que os comportamentos que concorrem com a depressão aumentaram de frequência.

Embora a relação terapêutica estabelecida com a cliente Rita tenha adquirido função aversiva para a terapeuta, não gerando contexto para algumas intervenções da, o conjunto das

medidas do estudo indica sucesso do tratamento para a diminuição da frequência de comportamentos indicados pelos quadros de depressão.

A análise das medidas referentes à relação terapêutica, com a Inês indica que, durante a Fase A/Linha de Base, os CRB1s nas primeiras quatro sessões do delineamento, em especial na sessão quatro, estiveram principalmente relacionados com o padrão restrito ao tema “luto”. A cliente se relacionava com a terapeuta sempre da mesma forma triste, abordando o mesmo tema da morte do filho. A observação da Figura 9 indica que a frequência de CRB1 permaneceu baixa nas sessões cinco, seis e sete. Nas sessões nove e dez do delineamento, a frequência sofreu aumento, ainda que a cliente não estivesse na fase em que intervenções aos CRB1s seriam evidenciadas.

As medidas das respostas TCRB1 da terapeuta indicam que, embora nas sessões iniciais do delineamento intervenções sobre CRB1s não estivessem sendo evidenciadas (frequência nula nas sessões seis e sete), as frequências destas categorias sofreram aumento nas sessões nove e dez. Essas sessões correspondem ao período em que o delineamento previa que a terapeuta estaria realizando intervenções que privilegiavam CRBs apenas com a cliente Rita.

Embora a terapeuta tenha procurado não responder aos CRB1s relacionados com o padrão restrito ao tema luto, os comportamentos-problema de Inês neste período da terapia (sessões nove e dez) também estavam relacionados com relatos de sentimento de desesperança com relação à terapia. Coloca-se a hipótese de que as respostas da terapeuta a esses CRB1s tiveram função de manter a cliente em tratamento, evitando assim seu abandono, e, por isso, as medidas desta categoria da cliente sofreram aumento.

A terapeuta indicou por meio da conceituação de caso da cliente Inês (Tabela 16), que manter o contato com o tema da morte do filho da cliente, bem como não expressar sentimentos ou expor intimidade foram algumas de suas dificuldades. Compreende-se que tratar de um tema como luto, fazendo parte de uma interação na qual, queixas e relatos de temas aversivos foram sempre apresentados, implicou em uma tarefa difícil para a terapeuta. Soma-se a isso, o fato de que, por imposição do delineamento, a terapeuta não poderia fazer intervenções com foco na relação, demonstrando como se sentia nestes momentos.

Com a introdução da Fase B com a cliente Inês, as medidas de CRB1 da cliente mantiveram-se próximas às das últimas sessões da Fase A, nas sessões doze e treze. Porém, a cliente não emitiu mais essas respostas nas três últimas sessões do delineamento.

As intervenções categorizadas como TCRB1 a partir da Fase B tiveram como objetivo revelar para Inês os efeitos aversivos para a relação terapêutica, do padrão de queixas restrito ao tema luto, bem como a revelação dos sentimentos da terapeuta na interação. Também por meio de TCRB1, a terapeuta indicou como esse padrão era efetivo para afastar a cliente de interações com o neto e o filho, e como era eficiente para mantê-la afastada de outros ambientes sociais.

Apesar da aversividade indicada pela terapeuta na relação com a cliente, relacionada principalmente com baixa variabilidade comportamental de Inês, percebe-se que a relação terapêutica foi contexto para a intervenção da terapeuta aos CRB1s. Ainda que a relação que a cliente estabeleceu com a terapeuta tenha sido de difícil manejo, diferentemente do caso de Rita, a terapeuta esteve apta para lidar com esses efeitos e intervir em função deles.

Os CRB2s de Inês, como já mencionado anteriormente, foram evidenciados nos momentos em que a cliente relatava comportamentos de melhora de fora da sessão (O2). Esses eram acompanhados por expressões de satisfação e bem-estar, modificando a relação que Inês estabelecia com a terapeuta. Inês mostrava-se menos queixosa, apresentava variação nos relatos e modificava também o tom da voz na conversa. Durante a Fase A/Linha de base do delineamento, os CRB2s puderam ser evidenciados em três sessões (quatro, sete e dez).

Nestas sessões, a terapeuta emitiu TCRB2, ainda que as instruções do delineamento solicitassem o contrário. Como já discutido anteriormente, as reações naturais do terapeuta aos comportamentos do cliente são conseqüências desejáveis para a modelagem de comportamentos. Mesmo que a terapeuta não tenha planejado intervenções aos CRB2s durante a Fase A com a cliente Inês, sua reação aos mesmos durante a interação teve função de TCRB2.

Com a introdução da Fase B, as respostas da terapeuta TCRB2s tiveram por objetivo modelar esse comportamento positivo de Inês na relação. A terapeuta buscou ressaltar as conseqüências positivamente reforçadoras nos momentos em que a interação se estabelecia de forma diferenciada, com relatos variados e expressões de satisfação. A terapeuta indicou também como a cliente podia ser divertida e como era bom interagir com ela nestes momentos.

Além disso, a terapeuta buscou reforçar diferencialmente relatos de Inês, sobre a morte do filho, que foram emitidos acompanhados por sentimentos de aceitação, em vez de revolta, autodemandas e auto-piedade.

As medidas obtidas por meio do SACC indicam redução da frequência dos “comportamentos que mantêm a depressão” de Inês, e aumento da frequência dos “comportamentos concorrentes com a depressão”, quando comparadas as fases A e B do delineamento.

As observações da terapeuta, portanto, por meio destas medidas, parecem indicar a melhora clínica da Inês. Quando analisadas as frequências de tais comportamentos, sessão a sessão, evidencia-se que a melhora clínica de Inês iniciou antes da introdução das intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs.

Os escores totais iniciais e finais do BDI apontam igualmente para a melhora clínica da cliente Rita. Os comportamentos da cliente, que inicialmente indicavam nível grave de depressão, passaram a indicar nível moderado após o final do delineamento.

As frequências de CRB1 de Inês diminuíram de forma evidente na Fase B do delineamento, ao mesmo tempo em que se observa, aparentemente, uma redução dos comportamentos-problema de fora do contexto terapêutico (O1), e a redução da frequência dos “comportamentos que mantêm a depressão”. O conjunto das medidas parece indicar que a introdução da intervenção com foco no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs, proporcionou diminuição dos comportamentos-problema de Inês.

Além disso, as frequências de CRB2 de Inês aparentemente aumentaram durante a Fase B do delineamento, de forma compatível com o aumento evidente da frequência de comportamentos de melhoras de fora do contexto terapêutico (O2), e com o aumento da frequência dos “comportamentos concorrentes com a depressão”.

O conjunto das medidas parece indicar a melhora clínica da cliente Inês após a introdução das intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs.

Como o delineamento pressupunha que o prolongamento da Fase A/Linha de base de Inês serviria como controle para Rita, era esperado que, durante este período, as medidas das categorias relativas à relação terapêutica do caso de Inês não sofressem alteração na frequência. Quando as medidas das categorias CRB1 e TCRB1 nas interações com Inês são analisadas sessão a sessão, observa-se que, aparentemente, houve um aumento da frequência de tais categorias, no período em que a terapeuta ainda não deveria estar realizando as intervenções com foco no aqui/agora e privilegiando resposta aos CRBs.

Por outro lado, como já mencionado, as medidas obtidas durante o período de controle indicam que mais intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs

foram realizadas com a cliente Rita, como era previsto pelo delineamento. Essas medidas, portanto, não inviabilizam a análise comparativa entre os dois casos.

A comparação entre os casos de Rita e Inês indica que ambas as clientes mostraram uma melhora clínica mais sensível, conforme a observação da terapeuta e o conjunto das medidas do estudo, após a introdução das intervenções com foco no aqui/agora, que privilegiaram resposta aos CRBs. No entanto, algumas considerações devem ser feitas de forma mais focada para cada um dos casos.

No caso de Rita, as melhoras clínicas da cliente foram observadas após da introdução da Fase B do delineamento, de forma mais evidente a partir da sessão onze, ou seja, ainda durante o período de controle do estudo. Ainda que a relação terapêutica tenha sido aversiva para a terapeuta, dificultando algumas intervenções com foco no aqui/agora, percebe-se que foi contexto para alterações relevantes dos comportamentos geralmente caracterizados pelo quadro de depressão.

No caso de Inês, observa-se que as melhoras clínicas da cliente puderam ser percebidas ainda durante o período de controle do estudo. Ou seja, as alterações dos comportamentos geralmente descritos nos quadro de depressão tiveram início antes das intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs.

Algumas hipóteses podem ser levantadas a partir de tais observações. Uma delas é a de que as alterações nas medidas de CRB1 e TCRB1, durante o período de controle, podem ter sido contexto para a melhora clínica de Inês. Além disso, pode-se considerar que a cliente respondeu bem às intervenções sem foco no aqui/agora, diferentemente do que aconteceu com Rita.

Outra consideração importante a se fazer, é a de que as medidas referentes à melhora clínica de Inês não se mantiveram estáveis até o fim do delineamento. Após a introdução da Fase B, variações nas frequências dos comportamentos caracterizados pelo quadro de depressão foram observadas. As medidas que indicam sucesso no tratamento foram observadas novamente apenas ao final do delineamento, quando as intervenções aos CRBs já estavam sendo realizadas.

Contudo, os casos de Rita e Inês demonstram que a relação terapêutica estabelecida com as clientes esteve sensível à variáveis intervenientes à pesquisa. Apesar disso, os resultados parecem demonstrar sucesso das intervenções com foco no aqui/agora,

privilegiando resposta aos CRBs, sobre os comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão.

A comparação entre os casos ressalta também as particularidades que devem ser observadas nos tratamentos de clientes que apresentam tais comportamentos. De alguma forma, Inês respondeu melhor ao tratamento sem foco no aqui/agora, em comparação com Rita. Isso mostra que algumas topografias de comportamentos caracterizados pelos quadros de depressão são mais suscetíveis à modelagem que ocorre pelas contingências naturais fora da sessão.

Além disso, ambos os casos demonstram que a relação terapêutica estabelecida com clientes que apresentam comportamentos característicos do quadro de depressão é de difícil manejo. A relação da terapeuta estabelecida com Rita, especialmente, indica que a dificuldade encontrada pode impossibilitar intervenções com foco no aqui/agora.

Ainda que ambos os casos sugiram dificuldades que a terapeuta encontrou no manejo das intervenções com foco no aqui/agora sobre os comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão, o sucesso indicado pela melhora clínica das clientes é relevante.

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta várias limitações. Cabe indicá-las pensando em replicações e pesquisas futuras.

- 1) Os resultados apresentados foram analisados por meio da inspeção visual dos gráficos. Uma análise estatística, em particular, uma análise estatística seqüencial, permitiria não apenas mais validade das inferências, como também a possibilidade de compreender os mecanismos de mudança das intervenções com foco na relação terapêutica. Sugere-se replicação dos mesmos dados com esse tratamento estatístico.
- 2) O tempo de tratamento proposto pelo delineamento mostrou-se restrito. Possivelmente, um número maior de sessões a serem observadas e categorizadas

possibilitaria maior controle ao estudo, bem como uma análise mais cuidadosa da relação terapêutica e dos efeitos da intervenção sobre os comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão. Pesquisas futuras devem considerar esse aspecto.

- 3) A utilização de um delineamento de base múltipla inter-sujeitos com as clientes do presente estudo demonstrou a dificuldade de manter o controle do estudo. De início, foi difícil prever medidas como referência para o estabelecimento dos critérios de estabilidade da linha de base. Além disso, o prolongamento da condição de linha de base com uma das clientes foi arriscado, visto que isso poderia ter acarretado no abandono da terapia. Por outro lado, a utilização deste tipo de delineamento, em vez da replicação, possibilita mais inferências sobre a efetividade de intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs.
- 4) Como é possível observar, as categorias da relação terapêutica mostraram-se sensíveis à variáveis intervenientes da pesquisa, o que teve como resultado a diminuição do controle do delineamento. Possibilidades de lidar com esses eventos devem ser avaliadas em pesquisas futuras.
- 5) Sugere-se ainda para um estudo subsequente, a análise das relações terapêuticas estabelecidas de forma qualitativa, caso a caso. Isso amplia a possibilidade de uma análise mais cuidadosa das dificuldades enfrentadas pela terapeuta para o estabelecimento da relação terapêutica, bem como de seu manejo.

5. Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo a investigação dos efeitos da introdução de intervenções com foco no aqui/agora da relação terapêutica, privilegiando resposta aos CRBs, sobre certos comportamentos críticos do quadro de depressão.

A análise da literatura analítico-comportamental sobre a depressão indica que a alta frequência de comportamentos de fuga/esquiva de estimulação aversiva emitida por esses clientes, resulta em um repertório social restrito. As relações interpessoais estabelecidas com esses clientes podem tornar-se aversivas, gerando contexto para afastamento das pessoas que com eles interagem.

Por outro lado, a literatura sobre relação terapêutica, propõe que as intervenções aos comportamentos clinicamente relevantes podem gerar o restabelecimento de relações de intimidade, confiança, entre outras, favorecendo modificação dos repertórios sociais restritos, o que seria desejável para a melhora da depressão.

As seguintes questões foram levantadas: Os clientes que apresentam comportamentos geralmente caracterizados pelo quadro de depressão estão suscetíveis à intervenções com foco na relação terapêutica? Os déficits no repertório social destes clientes podem se tornar tão aversivos ao terapeuta a ponto de prejudicar o estabelecimento da relação terapêutica, e impossibilitar a intervenção?

Para a investigação dos efeitos da introdução de intervenções com foco no aqui/agora, que privilegiam resposta aos CRBs, o presente estudo propôs um delineamento experimental de sujeito único A-B, de linha de base múltipla inter-sujeitos. Na Fase A, a terapeuta não deveria responder aos comportamentos clinicamente relevantes das clientes, e deveria manter o foco apenas nos relatos de comportamentos-problema e de melhora que ocorressem fora do contexto da sessão terapêutica. Na Fase B, a terapeuta deveria realizar intervenções com foco no aqui/agora da sessão, privilegiando resposta aos CRBs. Deveria ainda manter as intervenções sem foco no aqui/agora.

Foram analisadas 29 transcrições de sessões de psicoterapia (15 com uma cliente e 14 com a outra). As sessões foram categorizadas por meio da utilização da FAPRS, com o auxílio de uma dupla de categorizadores. Além disso, uma versão do instrumento SACC

possibilitou a obtenção das medidas relativas à melhora clínica das clientes, por meio de observações da terapeuta.

O conjunto das medidas obtidas pelo estudo indicou que ambas as clientes apresentaram melhora dos comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão após a introdução de intervenções com foco no aqui/agora, privilegiando resposta aos CRBs. Indicou ainda, que a relação terapêutica esteve sensível à variáveis intervenientes à pesquisa, e que manter o foco no aqui/agora foi dificultoso com as clientes que apresentavam comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão.

O presente estudo pretendeu contribuir fazendo uso de um delineamento experimental para a análise da relação terapêutica com clientes com depressão. A literatura apresenta estudos similares, em geral, de forma descritiva (Dougher & Hackbert, 2003; Ferro et al., 2006; Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling & Kanter, 1999; Lejuez & Hopko, 2006; López et al., 2010), e os estudos experimentais com esse tipo de cliente, em geral, mantêm o foco na demonstração dos mecanismos de mudança da FAP, enquanto pouco é relatado sobre a forma como a relação terapêutica se estabeleceu, e as dificuldades encontradas pelo terapeuta (Busch et al., 2008; Busch et al., 2009; Kanter et al., 2006).

A utilização de um delineamento de linha de base múltipla inter-sujeitos para a análise de eventos que ocorrem no contexto terapêutico é um desafio. Os estudos revisados, porém, indicam que tentativas deveriam ser feitas neste sentido, de modo a investigar com mais controle os mecanismos de mudança das intervenções aos CRBs (Busch et al., 2008; Busch et al., 2009; Kanter et al. 2006).

A necessidade de replicações foi apontada por este estudo. Sugeriu-se a replicação dos mesmos dados com análise estatística, para maior validade das inferências. Além disso, uma análise estatística sequencial também poderia ser aplicada para a constatação da eficácia das intervenções aos CRBs sobre os comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão. Por último, uma análise qualitativa das sessões poderia indicar com mais subsídio as dificuldades encontradas pela terapeuta para o estabelecimento e manejo da relação terapêutica.

O presente estudo aponta direcionamentos para pesquisas futuras sobre a investigação dos efeitos de intervenções com foco na relação terapêutica sobre os comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão:

- 1) A realização de um delineamento com a observação de mais sessões, possibilitaria avaliar não apenas a oscilação das frequências dos comportamentos que indicam melhora clínica, como também possibilitaria o acompanhamento de mudanças na relação terapêutica, que tendem a ocorrer com mais tempo de terapia;
- 2) A utilização de mais categorias da FAPRS para uma análise mais completa da relação terapêutica.
- 3) A utilização de duas duplas de categorizadores, para que o cálculo do índice de concordância possa ser obtido também após a coleta dos dados da pesquisa. Desta forma, uma análise mais cuidadosa da relação terapêutica estabelecida com esses clientes poderia ser obtida, bem como aumentaria a fidedignidade dos dados da pesquisa.

Desenvolver a literatura analítico-comportamental sobre a relação terapêutica com clientes que apresentam os comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão é essencial para que os terapeutas possam manejar as intervenções com maior preparo. Da mesma forma, a continuação da investigação dos mecanismos de modificação de comportamento por meio de terapias com foco na relação terapêutica é imprescindível para a melhor compreensão de tais intervenções.

Referências

- Braga, G. L. B. & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(3), 307-314.
- Brandão, M. Z. S. (1999). Terapia comportamental e análise da relação terapêutica: estratégias clínicas para lidar com o comportamento de esquiva. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1 (2), 179-187.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guildford Press.
- Beck, A. T.; Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J. & Erbaugh, G. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 53-63
- Biglan, A. (1991). Distressed behavior and its context. *The Behavior Analyst*, 13, 157-169.
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Baruch, D. E., Weeks, C. E. & Berlin, K. S. (2008). A micro-process analysis of Functional Analytic Psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy*, 10.1016/j.beth.2008.07.003
- Callaghan, G. M. & Follette, W.C. (2008). FAPRS MANUAL. Manual for the functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today*, 9, (1), 57-97.
- Callaghan, G. M., Follette, W.C., Ruckstuhl, L.E., Jr. & Linnerooth, P. J. N. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A Behavioral psychotherapy Coding System. *The Behavior Analyst Today*, 9, (1), 98-116.
- Callaghan, G. M., Naugle, A. E. & Follette, W. C. (1996) Useful construction of client-therapist relationship. *Psychotherapy* 33, 381-390.
- Callaghan, G. M., Summers, C. J., & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single-subject demonstration of clinical effectiveness using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321-339
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.

- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Delitti, M. (2005) A relação terapêutica na terapia comportamental. Em Guilhardi e Aguirre (orgs.) *Sobre comportamento e Cognição vol.15* (pp 361-366), Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Dougher, M. J.& Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos baseados na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 2, 167-184
- DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais*. 4ª ed. rev. Porto Alegre, Artmed, 2002.
- Ferster, C. B. (1973) *A functional analysis of depression*. *American Psychologist*, 28, (10). 857-870
- Ferro, R. (2001) La depression: Algunas consideraciones criticas em su tratamiento. *Análisis y Modificaciónde Conducta*, 27 (112), 187-204.
- Ferro, R. (2008). Recent studies in functional analytic psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4, 239-249.
- Ferro, R.; Valero, L. & Vives, M. D. (2006). Application of Funcional Analytic Psychotherapy: Clinical analysis of a patient with depressive disorder. *The Behavior Analyst Today*, 7, 1-18.
- Freitas, S. T.; Meurer, P. H. & Silveira, J. M. (2009). Descrição das categorias de uma escala para mensuração da interação terapeuta/cliente. In: *III Encontro Paranaense de Análise do Comportamento, 2009, Curitiba. Anais do III Encontro Paranaense de Análise do Comportamento*
- Guilhardi, H. J. (2002). A Resistência do Cliente a Mudanças. Em H. J. Guilhardi (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Contribuições para a Construção da Teoria do Comportamento*. (pp. 133-156), Santo André, SP: ESETec.
- Gorestein, C. & Andrade, L. (1998) Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5), 245-250.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E., & Landes, S. J. (2008). The nature of clinical depression: Symptoms, syndromes, and behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 31, 1-22
- Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., & Baruch D. E. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for depression: A successful and unsuccessful case using functional analytic psychotherapy. *Journal of applied behavioral analysis*, 39, 463-467.
- Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991) *Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, M. Y. & Kanter, J. W. (1999). Focusing on the Client-Therapist Interaction. *Functional Analytic Psychotherapy: A Behavioral Approach. European Psychotherapy*, 1, 15-25.
- Lejuez, C.W. & Hopko, D. R. (2006). The therapeutic alliance in behavior therapy. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 42, 456-468.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- López, M. A., Ferro, R. & Valero, L. (2010). Intervención en un trastorno depresivo mediante la Psicoterapia Analítica Funcional. *Psicothema*, 22 (1), 92-98.
- Oliveira, J. A. & Vandenberghe, L. (2009). Upsetting experiences for the therapist in session: How they can be dealt with and what they are good for. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 231-245.
- Organização Mundial de Saúde. (OMS). (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde. (OMS) (2010). Depression. http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

- Rocha, G. V. M. (2008) *Psicoterapia analítico-comportamental com adolescentes infratores de alto-risco: modificação de padrões anti-sociais e diminuição da reincidência criminal*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.
- Steger, M. F. & Kashdan, T. B. (2009). Depression in everyday social activity, belonging, and well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 56 (2), 289-300.
- Skinner, B. F. (1974/2004). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W. C. & Callaghan, G. M. (2009). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love and Behaviorism*. New York: Springer
- Tryon, G. S.; Blackwell, S. C. & Hammel, E. F. (2008). The magnitude of client and therapist working alliance ratings. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 45 (4), 546-551.
- Yano, Y e Meyer, S.B. (2003) Tratamento padronizado e individualizado. Em: M. Z. S. Brandão; F.C.S. Conte; F.S.Brandão; Y.K. Ingberman; C.B.Moura; V.M. Silva; S. Oliane. (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição. A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação*. 1 ed. Santo André: ESETec, 2003, vol 11, 126-129.

ANEXOS

Anexo A**Protocolo de Sessão de Atendimento**

Objetivo: Breve relato de sessão com objetivo de registro e levantamento de temas a serem tratados na supervisão semanal.

Cliente: _____ Sessão nº: _____ Data: ____/____/____

1. Breve relato dos temas mais importantes tratados na sessão:

2. CRBs que ocorreram durante a sessão:

CRB1:

CRB2:

CRB3:

3. Consequenciação dada pela terapeuta aos CRBs descritos acima:

4. Os que ocorreram durante a sessão:

O1:

O2:

5. Consequenciação dada pela terapeuta aos Os descritos acima:

6. Dificuldades encontradas pela terapeuta durante a sessão:

7. Intervenções planejadas para a próxima sessão:

Anexo B**Protocolo de Supervisão**

Objetivos: Auxiliar a terapeuta a aumentar a consciência sobre os CRBs 1, 2 e 3 e instruí-la sobre como proceder em relação a eles. Auxiliar também a terapeuta a aumentar a consciência sobre O1 e O2, instruindo-a sobre como proceder após sua emissão. Sugerir intervenções sem foco na relação terapêutica, e com foco na relação terapêutica durante a fase de intervenção.

Cliente: _____ Sessão nº: _____ Data: ____/____/____

1. Breve relato dos temas abordados na supervisão:

2. Instruções dadas à terapeuta com relação aos CRBs da cliente relatados na supervisão:

CRB1:

CRB2:

CRB3:

3. Instruções dadas à terapeuta com relação aos Os da cliente relatados na supervisão:

O1:

O2:

4. Recomendações fornecidas à terapeuta para intervenções a serem realizadas na próxima sessão:

5. Comentários gerais sobre a atuação da terapeuta:

Anexo C**Modelo para conceituação do caso****FAP****Conceituação e plano de tratamento para o cliente**

Terapeuta:_____Data_____

História Relevante:

O1s – Problemas da vida diária:

Variáveis mantendo problemas:

Qualidades e pontos fortes:

CRB1s: Problemas em sessão:

CRB2s: Melhoras a serem alcançadas em sessão:

O2s - Objetivos na vida diária:

Intervenções previstas:

T1s – problemas do terapeuta em sessão:

T2s – comportamentos a serem alcançados pelo terapeuta em sessão

Anexo D

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de um estudo que tem por objetivo analisar a relação entre terapeuta e seu cliente durante o curso de um atendimento psicoterapêutico. Tal estudo será realizado pela Psicóloga Sulliane Teixeira Freitas, CRP 08/12334 para o desenvolvimento de sua dissertação de mestrado, sob orientação da professora Dra Jocelaine Martins da Silveira, do programa de Pós Graduação em Psicologia – Mestrado, da Universidade Federal do Paraná. Para que o trabalho torne-se possível, precisamos que esteja de acordo com os itens que se seguem:

1. Sua participação consiste em permitir a filmagem de todas as sessões que serão registradas por uma filmadora e um gravador de áudio, no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade federal do Paraná
2. Os participantes concordam que os dados coletados sejam utilizados exclusivamente para fins de pesquisa e publicações científicas, com a garantia total de sigilo de suas identidades, de acordo com os princípios éticos que regem os procedimentos de pesquisa e a profissão do Psicólogo.
3. Os materiais contendo dados coletados serão armazenados em local seguro, sendo que apenas os envolvidos na pesquisa terão acesso aos mesmos.
4. Será mantido sigilo dos nomes do terapeuta e do cliente, bem como de todas as informações coletadas no período da pesquisa que possam conter dados que possam identificá-los. Características pessoais de ambos serão modificadas para garantir o sigilo de suas identidades.
5. Qualquer dúvida sobre a pesquisa poderá ser esclarecida a qualquer momento, antes, durante ou depois de sua realização.
6. A participação da dupla de terapeuta e cliente é livre, e qualquer dos dois pode desistir da pesquisa a qualquer momento, sem ser penalizado por isso. NÃO haverá qualquer remuneração pela sua colaboração com esta pesquisa, sendo que você tem o direito de optar por não colaborar. Por outro lado, sua colaboração NÃO lhe acarretará qualquer risco ou custos financeiros, e sua identidade será preservada.

Eu, _____, RG nº _____ declaro que estou ciente da natureza e objetivos do estudo para o qual fui convidada a colaborar e entendo que sou livre para aceitar ou recusar o convite. Eu concordo em colaborar voluntariamente e autorizo a gravação audiovisual das sessões.

Curitiba, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora
(Sulliane Teixeira Freitas)

Contato com a pesquisadora: sullianefreitas@gmail.com Tel: (41) 3222-2848
Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado. Praça Santos Andrade, nº 50. 2º andar. Curitiba- PR. CEP: 80060-246.

Anexo E

TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, portador do RG de nº _____, realizando atividade de _____, comprometo-me a respeitar as condições abaixo enumeradas enquanto estiver participando da pesquisa intitulada “Efeitos de procedimentos com foco na relação terapêutica sobre comportamentos geralmente descritos nos quadros de depressão”, que compõe o trabalho de dissertação de mestrado da pesquisadora Sulliane Teixeira Freitas, sob orientação da professora Dra. Jocelaine Martins da Silveira, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, da Universidade Federal do Paraná.

1. Apenas eu poderei ter acesso aos dados que me forem confiados.
2. Manejarei os dados apenas em local seguro, protegido da observação de outros, e apenas com fins desta pesquisa.
3. Os registros serão mantidos em sigilo, preservando os participantes da pesquisa.
4. Não farei cópias de registros ou materiais da pesquisa e não os retirarei do local que for designado pela pesquisadora.

Curitiba, _____ de _____ de 2010.

Assinatura

Assinatura da pesquisadora
(Sulliane Teixeira Freitas)